

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

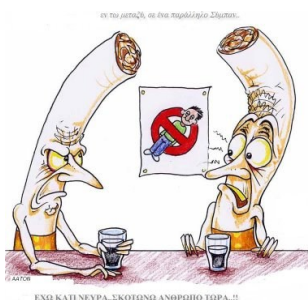
Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ : ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΤΟΥ
Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ**



ΣΥΝΤΑΚΤΡΙΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΣΤΕΦΑΝΟΥΔΑΚΗ ΜΑΡΙΛΕΝΑ

ΣΤΡΑΤΗ ΜΑΡΙΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΓΑΛΕΝΙΑΝΟΥ ΕΛΕΝΗ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2011

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<u>Ευχαριστίες</u>	3
<u>Εισαγωγή</u>	4
A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ : ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΟΡΙΣΜΟΙ ΒΑΣΙΚΩΝ ΕΝΝΟΙΩΝ</u>	
1.1. «Υγεία» : Εννοιολογική προσέγγιση.....	6
1.2. Ορίζοντας τις «Συμπεριφορές Υγείας».....	7
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ : ΔΙΑΤΡΟΦΗ</u>	
2.1. Η σημασία της «Υγιεινής Διατροφής» για τον άνθρωπο.....	11
2.2. Γνώσεις και αντιλήψεις γύρω από θέματα τροφίμων και διατροφής.....	12
2.3. Διατροφικές συνήθειες της εποχής.....	15
2.3.1. Το Μοντέλο της Μεσογειακής Διατροφής.....	17
2.3.2. Έτοιμα γεύματα (fast food).....	22
2.4. Παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες.....	23
2.4.1. Εργασία και διατροφή.....	26
2.4.1.1. Το προφίλ των διατροφικών συνηθειών του εργαζόμενου.....	27
2.4.1.2. Παράγοντες που επιδρούν στις διατροφικές συνήθειες του εργαζόμενου.....	33
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ : ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ</u>	
3.1. Σωματική δραστηριότητα και οφέλη στην υγεία.....	39
3.2. Η σωματική δραστηριότητα στις μέρες μας και οι παράγοντες που την επηρεάζουν.....	42
3.2.1. Εργαζόμενος και σωματική δραστηριότητα.....	44
3.2.1.1. Γυναίκα – εργαζόμενη και εμπόδια στην ενασχόλησή της με τη σωματική δραστηριότητα.....	48
3.2.2. Εργασιακός χώρος και σωματική δραστηριότητα.....	50
3.3. Διατροφή και άσκηση.....	53
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ : ΑΛΚΟΟΛ</u>	
4.1. Χρήση οινοπνεύματος.....	55
4.2. Επιδημιολογικά στοιχεία κατανάλωσης αλκοόλ.....	56
4.3. Σχέση αλκοόλ και διατροφής.....	59
4.4. Εργαζόμενοι και κατανάλωση αλκοόλ.....	60

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ : ΚΑΠΝΙΣΜΑ

5.1. Προσεγγίζοντας την καπνιστική συνήθεια.....	63
5.2. Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της χρήσης καπνού και κοινωνικές συνέπειες.....	64
5.3. Παθητικό κάπνισμα.....	68
5.4. Κάπνισμα στο εργασιακό περιβάλλον.....	71
5.4.1. Παράγοντες που συμβάλλουν στη χρήση καπνού από εργαζόμενους.....	72
5.4.2. Ο Νόμος απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους και εργασιακούς χώρους ως μέτρο αντιμετώπισης.....	74
5.4.2.1. Στάσεις εργαζομένων απέναντι στην απαγόρευση.....	76
5.4.2.2. Οι ευθύνες των εργοδοτών σύμφωνα με το νέο Νόμο.....	77
5.4.3. Κάπνισμα και εκπαιδευτικοί.....	78
5.5. Σχέση διατροφής και άσκησης με το κάπνισμα.....	79

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ : Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

6.1. Κινητοποίηση για αλλαγή - Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας.....	82
6.2. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού απέναντι στις συμπεριφορές υγείας.....	83

Β. ΕΜΠΕΙΡΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

7.1. Σημασία και σκοπός της έρευνας.....	85
7.2. Ερευνητικά ερωτήματα – Υποθέσεις.....	85
7.3. Πληθυσμός μελέτης.....	86
7.4. Τεχνική συλλογής δεδομένων – Περιγραφή του ερωτηματολογίου.....	87
7.5. Επεξεργασία των αποτελεσμάτων.....	88
7.6. Δυσκολίες κατά τη διεξαγωγή της έρευνας.....	88

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΩΟ : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

8.1. Περιγραφική Στατιστική.....	90
8.2. Συνδυαστική Στατιστική.....	101
8.3. Συζήτηση – Συμπεράσματα.....	107

<u>Ερωτηματολόγιο</u>	123
------------------------------------	-----

<u>Παραρτήματα</u>	129
---------------------------------	-----

<u>Βιβλιογραφία</u>	138
----------------------------------	-----

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αρχικά, θέλουμε να ευχαριστήσουμε ιδιαίτερα το εκπαιδευτικό και διοικητικό προσωπικό του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Ηρακλείου, για τη συμμετοχή τους στην έρευνά μας και για το χρόνο που διέθεσαν για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου μας.

Επίσης, οφείλουμε να ευχαριστήσουμε πολύ τους γονείς μας, για την ηθική και υλική συμπαράστασή τους καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μας και γενικότερα για την κατανόηση και την υπομονή που έδειξαν ιδιαίτερα το τελευταίο διάστημα.

Τέλος, ευχαριστούμε όλους εκείνους που ήταν κοντά μας, έκαναν υπομονή και μας ενθάρρυναν, αλλά και για τη βοήθεια που μας προσέφεραν κατά τη διάρκεια της πτυχιακής μας εργασίας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια, τα αίτια θανάτου έχουν αλλάξει δραματικά, ενώ κύριος προδιαθεσικός παράγοντας για την εκδήλωση των πανδημιών, θεωρείται ο σύγχρονος τρόπος ζωής του ανθρώπου. Η ριζική μεταβολή των διαιτητικών συνηθειών, όπως η υπερκατανάλωση ζωικών τροφών, ο περιορισμός φυτικών ινών, η κατάχρηση γλυκαντικών και αλατισμένων τροφών, η μείωση της σωματικής δραστηριότητας με την καθήλωση του ατόμου στο γραφείο ή στην τηλεόραση και την «αλόγιστη» χρήση του αυτοκινήτου, το υπερβολικό άγχος και η πίεση χρόνου, που συμβάλουν στην αυξημένη χρήση αλκοόλ και καπνού, συνιστούν έναν αφύσικο και καταστροφικό τρόπο ζωής.

Το θέμα της πτυχιακής μας εργασίας αναφέρεται στις συμπεριφορές υγείας των εργαζομένων του Τ.Ε.Ι. Κρήτης. Κίνητρό μας στο να αποφασίσουμε να ασχοληθούμε με το θέμα αυτό, στάθηκε το ενδιαφέρον μας για το ρόλο της συμπεριφοράς σε θέματα υγείας, καθώς είναι ένα ζήτημα που μας αφορά όλους, αφού συνδέεται και με πολλές σοβαρές ασθένειες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής μας, κι έχουν επίπτωση στη νοσηρότητα και θνησιμότητα. Το προσωπικό του Ιδρύματος αποτελεί, κατά κάποιο τρόπο, πρότυπο για τους φοιτητές, αφού «διδάσκει» με τη στάση και τη συμπεριφορά του τις συμπεριφορές υγείας. Άλλωστε, από τα παιδικά και εφηβικά μας χρόνια, το σχολείο και ιδιαίτερα ο δάσκαλος, αποτελεί πρότυπο προς μίμηση, μετά την οικογένεια, για τη διαμόρφωση της συμπεριφοράς μας. Επιπρόσθετα, το γεγονός ότι δεν έχουν πραγματοποιηθεί άλλες πτυχιακές εργασίες που να αφορούν αποκλειστικά τους εργαζόμενους και όχι τον φοιτητικό πληθυσμό, μας δημιούργησε ακόμη μεγαλύτερο ενδιαφέρον για τη διεξαγωγή σχετικής ερευνητικής εργασίας, αφού θα αποτελούσε μια καινούργια μελέτη και θα παρουσίαζε ιδιαίτερη σημασία.

Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας αποτελεί, η μελέτη και η καταγραφή των συμπεριφορών υγείας που έχουν οι εργαζόμενοι, συγκεκριμένα οι μόνιμοι εκπαιδευτικοί και οι διοικητικοί, του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου Κρήτης. Αναλυτικότερα, θα διερευνηθούν οι στάσεις και οι πρακτικές των ατόμων σχετικά με τη διατροφή, τη σωματική δραστηριότητα, το κάπνισμα και το αλκοόλ.

Η πτυχιακή διακρίνεται σε δύο μέρη : το Θεωρητικό και το Εμπειρικό. Το Θεωρητικό Μέρος αποτελείται από έξι κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται στις συμπεριφορές υγείας και δίνονται οι ορισμοί των βασικών εννοιών. Αρχικά, πραγματοποιείται εννοιολογική προσέγγιση στο περιεχόμενο του όρου «Υγεία» και στη συνέχεια, προσδιορίζεται η έννοια των «Συμπεριφορών Υγείας».

Το δεύτερο κεφάλαιο, αναφέρεται στη διατροφή. Αναλυτικότερα, τονίζει τη σημασία της «υγιεινής διατροφής» για τον άνθρωπο, κάνει λόγο για τις γνώσεις και τις αντιλήψεις γύρω από θέματα τροφίμων και διατροφής, όπως επίσης και για τις σύγχρονες διατροφικές συνήθειες, το Μοντέλο της Μεσογειακής Διατροφής και τα έτοιμα γεύματα. Επιπλέον, καταγράφονται οι

παράγοντες που επηρεάζουν τη διατροφή με βασικότερο την εργασία, ενώ ταυτόχρονα προσεγγίζονται το προφίλ των διατροφικών συνηθειών του εργαζόμενου και οι παράγοντες που επιδρούν στη διατροφή του.

Το τρίτο κεφάλαιο, αφορά στη σωματική δραστηριότητα. Συγκεκριμένα, τονίζει τα οφέλη της σωματικής δραστηριότητας στην υγεία, παρουσιάζει στοιχεία για την ενασχόληση με τη σωματική δραστηριότητα στην εποχή μας και τους παράγοντες που την επηρεάζουν, επικεντρώνεται στον εργαζόμενο γενικότερα, αλλά και ειδικότερα στη γυναίκα – εργαζόμενη και τα εμπόδια για την ενασχόλησή της με την άσκηση. Έπειτα, γίνεται λόγος για τον εργασιακό χώρο και τις ευκαιρίες άσκησης σε αυτόν και τέλος, επισημαίνονται οι ευεργετικές επιδράσεις του συνδυασμού διατροφής και άσκησης.

Το τέταρτο κεφάλαιο, εστιάζει στο αλκοόλ. Αρχικά, γίνεται αναφορά στη χρήση οινοπνεύματος και την επιδημιολογία του, έπειτα στη σχέση αλκοόλ – διατροφής και ακολούθως στην κατανάλωση αλκοόλ από τον εργαζόμενο.

Το πέμπτο κεφάλαιο, επικεντρώνεται στο κάπνισμα. Αναλυτικότερα, πραγματοποιείται προσέγγιση της καπνιστικής συνήθειας, παραθέτονται επιδημιολογικά στοιχεία και κοινωνικές συνέπειες, ενώ παράλληλα δίνεται έμφαση και στο παθητικό κάπνισμα. Πλην αυτών, παρουσιάζονται στοιχεία σχετικά με το κάπνισμα στην εργασία και τους παράγοντες που συμβάλλουν στην καπνιστική συνήθεια των εργαζομένων. Ακόμη, γίνεται λόγος για το νόμο περί απαγόρευσης του καπνίσματος, τις στάσεις των εργαζομένων απέναντι σε αυτόν, καθώς και τις ευθύνες των εργοδοτών. Συν τοις άλλοις, το κεφάλαιο παρουσιάζει έρευνες σχετικά με την καπνιστική συνήθεια των εκπαιδευτικών, ενώ ταυτόχρονα αναφέρεται στη σχέση διατροφής και άσκησης με το κάπνισμα.

Το έκτο κατά σειρά κεφάλαιο, αναφέρεται στο ρόλο της Κοινωνικής Εργασίας, εστιάζοντας αρχικά στο πεδίο δράσης των επαγγελματιών υγείας κι έπειτα στη θέση του Κοινωνικού Λειτουργού απέναντι στις συμπεριφορές υγείας.

Ακολουθεί το Εμπειρικό Μέρος, το οποίο περιλαμβάνει δύο κεφάλαια. Το έβδομο κεφάλαιο, αφορά στη μεθοδολογία της έρευνας και περικλείει τη σημασία και το σκοπό της, τις ερευνητικές υποθέσεις, περιγραφή του δείγματος και του ερωτηματολογίου και επεξεργασία αποτελεσμάτων. Το όγδοο κεφάλαιο, περιλαμβάνει τα αποτελέσματα της έρευνας, περιγραφική και συνδυαστική στατιστική, τη συζήτηση-συμπεράσματα, ενώ η εργασία κλίνει με το ερωτηματολόγιο της έρευνας και σχετικά παραρτήματα.

Α. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΓΕΙΑΣ - ΟΡΙΣΜΟΙ ΒΑΣΙΚΩΝ ΕΝΝΟΙΩΝ

1.1. «Υγεία» : Εννοιολογική προσέγγιση

Αναμφισβήτητα, η υγεία αποτελεί το πολυτιμότερο αγαθό στη ζωή του ατόμου, αλλά ταυτόχρονα και τη βάση της ευημερίας του κοινωνικού συνόλου. Ως ανεκτίμητο αγαθό η υγεία, είναι κατάσταση δυναμική, είναι ένα αγαθό προς κατάκτηση, είναι κάτι που ο άνθρωπος επιδιώκει να πετύχει. Είναι ένας υψηλός στόχος κάθε ατόμου χωριστά και της κοινωνίας συνολικά.

Η υγεία, όπως ορίστηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) το 1958, δεν σημαίνει μόνο απουσία της νόσου, αλλά επιπλέον σημαίνει πλήρης σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία. Υγεία, είναι περισσότερο μια κατάσταση ύπαρξης, όπου το άτομο έχει τη δυνατότητα να υπερβαίνει τις κρίσεις και τις διαταραχές της ισορροπίας του, να διαμορφώνει νέους κανόνες και νέες αξίες. Η υγεία αρχίζει από το σπίτι, το σχολείο, την εργασία και οι άνθρωποι οφείλουν να αναζητούν διαρκώς καλύτερους τρόπους πρόληψης και αποφυγής της αρρώστιας, της αναπηρίας ή της ανικανότητας. Αυτό, επιπλέον, σημαίνει ότι η κατανομή των πόρων για την υγεία πρέπει να είναι ισομερής και η φροντίδα για την υγεία να είναι προσιτή στον καθένα.¹ Εξάλλου, στον καταστατικό χάρτη του Οργανισμού, διακηρύσσεται ότι η εξασφάλιση της υγείας αποτελεί θεμελιώδες και αναφαίρετο δικαίωμα κάθε ανθρώπου, ανεξαρτήτως φύλου, φυλής, θρησκείας και πολιτικών πεποιθήσεων. Ωστόσο, οι κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες που επικρατούν σήμερα στις διάφορες γεωγραφικές περιοχές του πλανήτη, δεν έχουν επιτρέψει την παροχή σωματικής-ψυχικής-κοινωνικής ισορροπίας σε όλους τους κατοίκους της γης.

Οι αντιλήψεις για το τι οι άνθρωποι πιστεύουν ως υγιές ή άρρωστο ποικίλλουν σημαντικά από άτομο σε άτομο ή μεταξύ των διαφόρων κοινωνικών ομάδων και από εποχή σε εποχή. Οι απόψεις του πληθυσμού για την υγεία δεν είναι απλώς απλουστευμένες εκδοχές της ιατρικής γνώσης. Αντίθετα, διαμορφώνονται από το γενικότερο πλαίσιο ύπαρξης των ανθρώπων, όπως η κοινωνική τους θέση, η πολιτιστική τους πραγματικότητα, η προσωπική τους ιστορία και η κοινωνική τους ταυτότητα.²

¹ Σαρρής, Μ. (2001). *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*. Αθήνα : ΠΑΠΑΖΗΣΗ

² Nettleton, S. (2002). *Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας*, Βακάκη, Α., Αθήνα : ΤΥΠΩΘΗΤΩ - ΓΙΩΡΓΟΣ ΔΑΡΔΑΝΟΣ

1.2. Ορίζοντας τις «Συμπεριφορές Υγείας»

Ο ρόλος της συμπεριφοράς σε θέματα υγείας λαμβάνει όλο και μεγαλύτερη προσοχή, καθώς μάλιστα σύγχρονες αιτίες θανάτου, είναι μάλλον οι χρόνιες ασθένειες (π.χ. οι καρδιαγγειακές παθήσεις και το AIDS) και οι ασθένειες πολιτισμού, παρά οι μολυσματικές ασθένειες που ταλαιπωρούσαν παλαιότερα τον κόσμο.

Συνήθως όλα τα άτομα λαμβάνουν μέτρα για να προστατέψουν την υγεία τους ή για να αποφύγουν την ασθένεια. Οι συμπεριφορές αυτές, που δρουν προστατευτικά για την υγεία και που ανήκουν στην ευρύτερη ομάδα των «συμπεριφορών υγείας», περιλαμβάνουν κάθε δραστηριότητα, την οποία τα άτομα ασκούν, προκειμένου να διατηρήσουν ή να προάγουν την υγεία τους, άσχετα από το αντιλαμβανόμενο επίπεδο της υγείας τους ή από το εάν η συμπεριφορά αυτή, όντως, επιτυγχάνει το στόχο της. Τέτοιες συνήθειες είναι π.χ. η άσκηση, η αποφυγή καπνίσματος και αλκοόλ.³

Μπορούμε να ισχυριστούμε ότι κάθε συμπεριφορά ή δραστηριότητα ενός ατόμου ασκεί επίδραση στην κατάσταση της υγείας του. Σε αυτό το πλαίσιο, είναι χρήσιμο να διακρίνουμε μεταξύ των συμπεριφορών που υιοθετούνται σκόπιμα για να προωθήσουν ή να προστατεύσουν την υγεία και εκείνων που μπορούν να υιοθετηθούν ανεξάρτητα από τις συνέπειες στην υγεία. Οι συμπεριφορές υγείας, διακρίνονται από τις συμπεριφορές κινδύνου, που καθορίζονται χωριστά ως συμπεριφορές που συνδέονται με την αυξανόμενη ευαισθησία σε μια συγκεκριμένη αιτία της κακής υγείας.⁴

Ως συμπεριφορές προστατευτικές για την υγεία, μπορούν να θεωρηθούν η υγιεινή διατροφή, όπως η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών και η ελάττωση κατανάλωσης λίπους, η συστηματική άσκηση, ο επαρκής ύπνος, η χρήση ζώνης ασφαλείας, η χρήση κράνους, η χρήση προφυλακτικού, οι προληπτικοί ιατρικοί έλεγχοι (π.χ. τεστ παπ, επίσκεψη σε οδοντίατρο, περιοδικά τσεκ-απ, εμβολιασμοί) κ.λπ. Ως συμπεριφορές κινδύνου-επιβλαβείς για την υγεία, θεωρούνται το κάπνισμα, η κατάχρηση οινοπνεύματος, η οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ, η υπερκατανάλωση fast food, λιπαρών τροφών, αλατιού κ.λπ.⁵

Οι συμπεριφορές τις οποίες θα μελετήσουμε στην εργασία μας, αφορούν στη διατροφή, στη σωματική δραστηριότητα, στο κάπνισμα και στο αλκοόλ. Ακολουθούν οι ορισμοί των τεσσάρων αυτών συμπεριφορών υγείας:

³ Καραδήμας, Ε. (2005). *Ψυχολογία της υγείας. Θεωρία και κλινική πράξη*. Αθήνα : ΤΥΠΩΘΗΤΩ - ΓΙΩΡΓΟΣ ΔΑΡΔΑΝΟΣ

⁴ www.definitionofwellness.com (χ.χ.) "Definition of health behavior"

⁵ <ftp://filer.soc.uoc.gr/Psycho/Manola/.../scm%20%2001.03.08.ppt> (01/03/08).

«Κοινωνιογνωστικά Μοντέλα Πρόβλεψης Συμπεριφορών Υγείας (ΨΥΧ-358)», Συνάντηση 2^η

«Διατροφή» : Η διατροφή, είναι «η επιστήμη της τροφής και της σχέσης της με την καλή υγεία». Περιλαμβάνει τη μελέτη των κύριων συστατικών της τροφής – πρωτεΐνη, υδατάνθρακες, λίπος, βιταμίνες, μεταλλικά στοιχεία και νερό – και των περισσότερων από τις πενήντα συγκεκριμένες θρεπτικές ουσίες από τις οποίες αποτελείται.⁶ Σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ο άνθρωπος εφοδιάζεται με τις βασικές θρεπτικές ουσίες (πρωτεΐνες, λίπη, υδατάνθρακες) και με τις προστατευτικές-συμπληρωματικές διατροφικές ουσίες (βιταμίνες, μεταλλικά στοιχεία, νερό).⁷ Αυτές οι έξι κατηγορίες θρεπτικών στοιχείων εξυπηρετούν καθορισμένες λειτουργίες του οργανισμού και ιδιαίτερα α) την αύξηση και τη διατήρηση σε καλή κατάσταση της υγείας του ατόμου, β) την προμήθεια ενέργειας για όλες τις δραστηριότητες και τη διατήρηση της φυσιολογικής θερμοκρασίας του σώματος και γ) τη ρύθμιση και το συντονισμό των μεταβολικών λειτουργιών του οργανισμού.⁸ Οι διατροφικές απαιτήσεις ποικίλουν από άτομο σε άτομο και εξαρτώνται από την ηλικία, το φύλο, τη σωματική διάπλαση, το είδος της εργασίας, τις κλιματολογικές συνθήκες, αλλά και από φυσιολογικές καταστάσεις όπως, η κύηση, η γαλουχία κ.λπ. Ιδιαίτερη διατροφική μέριμνα απαιτούν τα άτομα που νοσούν.

«Σωματική Δραστηριότητα» : Η σωματική δραστηριότητα, ορίζεται ως «οποιαδήποτε κίνηση του σώματος συνδέεται με μυϊκή συστολή, η οποία αυξάνει τις ενεργειακές δαπάνες περισσότερο από το επίπεδο της ηρεμίας» αποτελεί έναν από τους κυρίαρχους παράγοντες που σχετίζονται με την υγεία και την ποιότητα ζωής και περιλαμβάνει ποικίλες αθλητικές δραστηριότητες, δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου (π.χ. άσκηση), καθώς και δραστηριότητες της καθημερινότητας, όπως το ζωηρό περπάτημα, οι οικιακές εργασίες και τα επαγγέλματα που απαιτούν σωματική κίνηση, π.χ. η εργασία στην οικοδομή κ.λπ. Η σωματική δραστηριότητα προσφέρει πολλά οφέλη για την υγεία σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, όπως μειωμένο κίνδυνο καρδιακών παθήσεων, έλεγχο του σωματικού βάρους, υγεία των οστών, χαμηλότερο κίνδυνο για κατάθλιψη.⁹

«Κάπνισμα» : Το κάπνισμα είναι «η εισπνοή του καπνού που βγαίνει από καιγόμενα φύλλα ή τρίμματα καπνού». Τον 16^ο αιώνα οι Ισπανοί έφεραν στην Ευρώπη τη συνήθεια του καπνίσματος μαζί με την καλλιέργεια του καπνού. Από τότε, η διάδοσή του ήταν ραγδαία και εξαπλώθηκε σε όλο τον κόσμο. Η δυσμενής επίδραση του καπνού πάνω στον ανθρώπινο οργανισμό αρχικά δεν ήταν γνωστή. Από το 1950 όμως και μετά, αποδείχτηκε ότι το κάπνισμα συνδέεται στενά με την εμφάνιση διαφόρων καρδιαγγειακών παθήσεων και προκαλεί χρόνια βρογχίτιδα, καρκίνο του πνεύμονα κ.λπ., καθώς και άλλες βλαβερές συνέπειες στον ανθρώπινο οργανισμό. Το τσιγάρο έχει 3.000 ουσίες, εκ των οποίων οι περισσότερες είναι τοξικές. Οι πιο γνωστές είναι η νικοτίνη, το

⁶ Δετοράκης, Ι. (2003). *Βασικές Αρχές της Υγιεινής*. Αθήνα : ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.

⁷ Κατσουγιαννόπουλος, Β. (1993). *Εγχειρίδιο Υγιεινής*. Θεσσαλονίκη : ΑΔΕΛΦΩΝ ΚΥΡΙΑΚΙΔΗ Α.Ε.

⁸ Παπανικολάου, Γ. (1983). *Επιστημονική Διατροφή για Αθλούμενους και Αθλητές*. Αθήνα : ΣΙΚΥΩΝ

⁹ The European Food Information Council (2009). *"Guidelines for physical activity"*. www.eufic.org

μονοξειδίο του άνθρακα και η πίσσα. Η νικοτίνη, είναι η ουσία εκείνη που προκαλεί την εξάρτηση σε κάθε καπνιστή. Ουσιαστικά, πρόκειται για ένα «δηλητήριο», το οποίο επιδρά άμεσα στους πνεύμονες, περνά στην κυκλοφορία του αίματος και επειδή επενεργεί στο κεντρικό νευρικό σύστημα προκαλεί εθισμό. Το μονοξειδίο του άνθρακα, είναι βλαβερό αέριο που φτάνει στους πνεύμονες με τον καπνό και εμποδίζει τη δημιουργία οξυγονοαιμοσφαιρίνης. Έτσι, ο καπνιστής απορροφά συνεχώς λιγότερο οξυγόνο και έχει μειωμένη ενέργεια. Το κάπνισμα, σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., προκαλεί εθισμό, θεωρείται χρόνια νόσος, αποτελεί την πρώτη και κύρια αιτία θανάτου με δυνατότητα πρόληψης και παράλληλα θεωρείται ο μεγαλύτερος παράγοντας απορρόφησης οικονομικών πόρων των ασφαλιστικών συστημάτων.¹⁰

«**Αλκοόλ**» : Ο όρος αλκοόλ προέρχεται από την αραβική λέξη «al kohl». Το αλκοόλ που βρίσκεται στα αλκοολούχα ποτά, ονομάζεται «αιθυλική αλκοόλη» ή «αιθανόλη». Ο άνθρακας, το υδρογόνο και το οξυγόνο, αποτελούν τα μόνα στοιχεία της αιθυλικής αλκοόλης. Αυτή είναι το μόνο είδος αλκοόλης που είναι ασφαλές για ανθρώπινη κατανάλωση, ταξινομείται φαρμακολογικά, ως γενικό κατασταλτικό και μπορεί να προκαλέσει καταστολή του κεντρικού νευρικού συστήματος.¹¹ Η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών δεν είναι υπόθεση της σύγχρονης κοινωνίας. Είναι συνήθεια τόσο παλιά όσο και η κοινωνική ζωή των ανθρώπων. Η κατανάλωση χαμηλών ποσοτήτων οινοπνευματωδών ποτών, συνήθως δεν προκαλεί ιδιαίτερα προβλήματα υγείας. Προβλήματα προκύπτουν από τη στιγμή που υπάρχει εξάρτηση ενός ατόμου από το αλκοόλ. Εξάρτηση υπάρχει όταν το άτομο ικανοποιείται μόνο με τη συνεχή και σε μεγάλη ποσότητα κατανάλωση αλκοολούχων ποτών.¹² Το οινόπνευμα συμβάλλει ουσιαστικά στη δημιουργία προβλημάτων, όπως κίρρωση ήπατος, καρκίνοι, ατυχήματα κ.λπ. με κατάληξη ακόμη και το θάνατο.

Οι άνθρωποι που υιοθετούν τέσσερις υγιείς συμπεριφορές – το να μη καπνίζουν, την καθημερινή άσκηση, τη μέτρια κατανάλωση οινοπνευματωδών και το να τρώνε 5 μερίδες με φρούτα και λαχανικά ημερησίως - ζουν κατά μέσο όρο 14 έτη ζωής παραπάνω, σε σχέση με τους ανθρώπους που δεν υιοθετούν καμία από αυτές τις συμπεριφορές, σύμφωνα με μια νέα μελέτη από το πανεπιστήμιο του Κέιμπριτζ και το Συμβούλιο Ιατρικής Έρευνας. Αυτό το αποτέλεσμα ήταν ανεξάρτητο από το δείκτη κοινωνικής τάξης και τη μάζα σώματος. Η μελέτη αποτελεί μέρος της Ευρωπαϊκής Προοπτικής Έρευνας στον τομέα του καρκίνου και της διατροφής (EPIC), που διεξάγεται σε 10 ευρωπαϊκές χώρες και χαρακτηρίζεται ως η μεγαλύτερη μελέτη της διατροφής και υγείας που έχει γίνει ποτέ. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν, ότι αυτές οι τέσσερις επιτεύξιμες αλλαγές τρόπου ζωής, θα μπορούσαν να έχουν μια χαρακτηριστική βελτίωση στην υγεία των

¹⁰ Πτυχιακή Εργασία : Ευγενίου, Σ., Παρδάλου, Τ., Φανάρη, Μ. (2008). *Οι διατροφικές συνήθειες και άλλες συμπεριφορές υγείας των φοιτητών σε Ελλάδα και Κύπρο*. ΤΕΙ Κρήτης

¹¹ www.bestrong.org.gr (24/08/10). «*Η ιστορία του αλκοόλ*»

¹² Ελληνική Εταιρία Προαγωγής και Αγωγής της Υγείας (24/11/04). «*Εθιστικές ουσίες – Αλκοόλ*». www.iatronet.gr

ανθρώπων μέσης ηλικίας και των ηλικιωμένων, η οποία είναι ιδιαίτερα σημαντική, λαμβάνοντας υπόψη τον ολοένα και πιο γηραιό πληθυσμό στο Ηνωμένο Βασίλειο και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες.¹³

Από όλα τα παραπάνω συμπεραίνει κανείς, ότι τα άτομα μπορούν να συνεισφέρουν στη διασφάλιση της υγείας τους και της ποιότητας και ποσότητας ζωής τους, είτε υιοθετώντας συμπεριφορές που ενισχύουν την υγεία (π.χ. συχνή άσκηση), είτε μεταβάλλοντας τις ήδη υπάρχουσες συμπεριφορές που επιδεινώνουν την υγεία (π.χ. διακοπή καπνίσματος) και υιοθετώντας έναν υγιεινό τρόπο ζωής.

¹³ www.sciencedaily.com (09/01/08). *"Four Health Behaviors Can Add 14 Extra Years Of Life"*

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΔΙΑΤΡΟΦΗ

2.1. Η σημασία της «υγιεινής διατροφής» για τον άνθρωπο

Από τότε που υπήρξε ο άνθρωπος, η σχέση του με την τροφή ήταν άρρηκτα συνδεδεμένη. Αρχικά, για λόγους επιβίωσης. Ενστικτωδώς, κυνηγούσε για να βρει τροφή ώστε να ζήσει. Στην πορεία, ένα κομμάτι της ανθρώπινης εξέλιξης ήταν και η συνειδητοποίηση ότι η τροφή δεν είχε μονάχα νόημα για ενέργεια/επιβίωση, αλλά ότι το κάθε τρόφιμο είχε μια διαφορετική αντίδραση στον οργανισμό. Πολλοί ήταν εκείνοι, οι οποίοι μελέτησαν αυτή τη «δράση – αντίδραση», ανάμεσά τους και ο Ιπποκράτης, καταλήγοντας στη φράση «το φάρμακο η τροφή σου». Φάρμακο για υγεία σωματική αλλά και ψυχική.¹⁴

Η ποιοτικά και ποσοτικά καλή διατροφή έχει βασική σημασία για την ομαλή διαβίωση, συντήρηση και λειτουργία του οργανισμού, αλλά και την ανάπτυξή του, όταν βρίσκεται στο αντίστοιχο στάδιο. Ωστόσο, σε ό,τι αφορά στη διατροφική συμπεριφορά, καθοριστικό ρόλο διαδραματίζουν ευρύτεροι κοινωνικοί, οικονομικοί, πολιτισμικοί παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί είναι υπεύθυνοι για τις σημαντικές διατροφικές διαφορές που παρατηρούνται από τη μια περιοχή του κόσμου στην άλλη, καθώς και για τις διατροφικές αλλαγές που σημειώθηκαν κατά τη διάρκεια της ανθρώπινης ιστορίας.

Σήμερα, γίνεται ευρύτατα αποδεκτό ότι οι διατροφικές συνήθειες του δυτικού πολιτισμού σχετίζονται αιτιολογικά με ορισμένα από τα σημαντικότερα νοσήματα, όπως είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα και τα κακοήγη νεοπλασμάτα. Με βάση πρόσφατες εκτιμήσεις, υπολογίζεται ότι ο σχετικός κίνδυνος θανάτου για όσους Ευρωπαίους ακολουθούν υγιεινή διατροφή είναι 0.87 σε σχέση με όσους δεν τρέφονται σωστά. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, υπολογίζει ότι 60.000 θάνατοι το χρόνο θα μπορούσαν να αποφευχθούν στα κράτη-μέλη, αν βελτιωνόταν η διατροφή του πληθυσμού.¹⁵

Τι σημαίνει όμως «Υγιεινή Διατροφή» και ποιά η σημασία της για τον άνθρωπο; Καταρχήν, θα πρέπει να τονιστεί και να γίνει απόλυτα κατανοητό, ότι δεν υπάρχουν υγιεινά τρόφιμα αλλά υγιεινή διατροφή. Όλες οι τροφές επιτρέπονται και όλες απαγορεύονται, με μέτρο όμως και σωστές αναλογίες, που ωστόσο δεν είναι για όλους τους ανθρώπους τα ίδια. Εξαρτώνται από το φύλο, την ηλικία, το επάγγελμα, τη σωματική δραστηριότητα, τις υπάρχουσες παθήσεις ή την προδιάθεση για παθήσεις, τις ειδικές καταστάσεις, όπως είναι η κύηση, ο θηλασμός, η εφηβεία κ.λπ. Η ποσότητα της τροφής, δηλαδή οι θερμίδες που λαμβάνονται, πρέπει να είναι τόση ώστε να διατηρείται το

¹⁴ Αλεξανδρή, Δ. (14/10/10). «Γιατί χρειάζεται τελικά να κάνουμε σωστή διατροφή και ποιά είναι αυτή». www.diatrofi.gr

¹⁵ Τούντας, Γ.Κ. (10/02/07). «Οι ιστορικές – κοινωνικές διαστάσεις της διατροφής και οι επιπτώσεις της στην υγεία». <http://panacea.med.uoa.gr/>

βάρος στα επιθυμητά όρια. Η διατροφή πρέπει να προσφέρει όλα τα απαραίτητα διατροφικά στοιχεία, στις ποσότητες που απαιτούνται για τον καθένα.

Η «Υγιεινή Διατροφή» περιλαμβάνει μια διατροφή, που βασίζεται σε μια ολιστική φιλοσοφία περί υγιεινού τρόπου ζωής, η οποία πρεσβεύει την ισορροπία, την ποικιλία και το μέτρο, συνδυάζοντας βιολογικές-φυσικές τροφές με σωματική δραστηριότητα-άσκηση και στοχεύοντας στη διάπλαση ενός αδύνατου, γερού και υγιούς σώματος.

Περιλαμβάνει την με μέτρο κατανάλωση ποικιλίας φρούτων και λαχανικών, οσπρίων και δημητριακών ολικής αλέσεως, γαλακτοκομικών με χαμηλά λιπαρά, άπαχων κρεάτων, πουλερικών και ψαριών. Επιπλέον, απαγορεύει το τηγάνισμα των τροφών και τα βουτηγμένα σε λάδι, μέλι ή αλάτι τρόφιμα. Προτείνει, ακόμη, τη συχνή λήψη γευμάτων (5-6 ημερησίως). Αυτό εξασφαλίζει πιο σταθερά επίπεδα ινσουλίνης, βοηθά στο μεταβολισμό και προλαμβάνει την παράλειψη γευμάτων και την επακόλουθη υπερφαγία. Μελέτες δείχνουν ότι, ίσως ακόμη βελτιώνει και το λιπιδαιμικό προφίλ (χοληστερόλη). Παράλληλα, συστήνει άσκηση 5-6 φορές την εβδομάδα. Αυτό αποσκοπεί, όχι μόνο στην τόνωση του σώματος, τη μυϊκή ενδυνάμωση, την υγεία των οστών και τη σφριγηλότητα του δέρματος, αλλά βοηθάει και στον έλεγχο της όρεξης, στον ύπνο και τη διάθεση και ενισχύει το ανοσοποιητικό σύστημα.¹⁶

Καταλήγοντας, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι, η διατροφή είναι ένας από τους πιο σημαντικούς εξωγενείς παράγοντες που επηρεάζουν την ανθρώπινη υγεία. Η ίδια η ζωή των ανθρώπων εξαρτάται από τη δυνατότητα λήψης τροφής, ενώ η προστασία και η προαγωγή της υγείας συναρτώνται με το είδος και την ποσότητα της τροφής, καθώς και με τις διατροφικές συνήθειες. Τόσο η έλλειψη, όσο και η υπερκατανάλωση τροφής, μπορεί να προκαλέσουν την εμφάνιση ορισμένων νοσημάτων. Ο υγιεινός και ισορροπημένος τρόπος διατροφής, εξασφαλίζει ισορροπημένη σωματική και ψυχική ευεξία του ατόμου.

2.2. Γνώσεις και αντιλήψεις γύρω από θέματα τροφίμων και διατροφής

Πολλοί άνθρωποι ισχυρίζονται ότι τρέφονται και ζουν υγιεινά και απορούν γιατί έχουν αυξημένο σωματικό βάρος, αυξημένη χοληστερόλη και τριγλυκερίδια, υψηλή πίεση του αίματος και άλλα προβλήματα υγείας. Ωστόσο, ενώ πολλοί δηλώνουν έντονο ενδιαφέρον για βασικά θέματα διατροφής, κάποιοι από αυτούς, κατά την αγορά ενός τροφίμου δεν διαβάζουν τις διατροφικές πληροφορίες, είτε από έλλειψη γνώσεων και άγνοια, είτε από απουσία ενδιαφέροντος.

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε από την Eurostat (European Statistics), με θέμα το πώς αντιλαμβάνονται οι Ευρωπαίοι πολίτες την επικινδυνότητα των τροφίμων («Ευρωβαρόμετρο για την αντίληψη των διατροφικών κινδύνων» - "Food Risk Perception-Eurobarometer"), η οποία διεξήχθη στις 25 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το 2005, προέκυψαν

¹⁶ Δελβινιώτη, Ε. (28/03/10). «Επεξεργασμένα τρόφιμα : Σύμμαχος ή εχθρός;». www.mednutrition.gr

τα ακόλουθα αποτελέσματα. Για τους Ευρωπαίους πολίτες, το τρόφιμο ως έννοια συνδέεται κατά βάση με θετικές αισθήσεις όπως, τη γεύση (31%) και την ευχαρίστηση (29%), ενώ επιπλέον θεωρείται ως ζωτική ανάγκη (27%). Αντιθέτως, η σύνδεση του τροφίμου με τη διατήρηση της υγείας και την εμφάνιση συγκεκριμένων ασθενειών (παχυσαρκία, ασθένειες σχετιζόμενες με την παρουσία χημικών στα προϊόντα κ.λπ.) έπεται σε ποσοστό (~20%). Περίπου 2 στους 5 Ευρωπαίους βασίζουν την αγοραστική τους επιλογή στην ποιότητα και την τιμή του τροφίμου (42% και 40% αντίστοιχα). Σχεδόν το σύνολο των ερωτηθέντων θέτουν ως βασικό τους κριτήριο την εμφάνιση/φρεσκάδα του προϊόντος, ενώ παράμετροι όπως, η γεύση και οι οικογενειακές προτιμήσεις, συγκεντρώνουν το 15%. Είναι, επίσης, αξιοσημείωτο ότι, σε αντιστοιχία με τα προηγούμενα, η βελτίωση της υγείας μέσα από τη βελτίωση των διατροφικών συνηθειών, δεν αποτελεί προτεραιότητα για τους Ευρωπαίους, αφού μόλις το 10% θεωρεί μια τέτοια επιλογή ως βασικό αγοραστικό κριτήριο. Αντίθετα, ο Έλληνας καταναλωτής, σε εμφανώς μεγαλύτερα ποσοστά από τον Ευρωπαίο (65% έναντι 42%), θεωρεί την ποιότητα ως βασικό κριτήριο επιλογής κατά την αγορά ενός τροφίμου, ενώ έπεται η τιμή του προϊόντος (45% έναντι 40%). Επιπλέον, οι Έλληνες συγκαταλέγονται μεταξύ των πιο ευαισθητοποιημένων Ευρωπαίων σχετικά με τις επιπτώσεις της παχυσαρκίας στην υγεία τους, αφού με ποσοστό 53% κατατάσσονται 4^{οι} στη σχετική λίστα των 25 κρατών. Ενδεχομένως, η ύπαρξη της ιδιαίτερα προβεβλημένης Ελληνικής Μεσογειακής Δίαιτας, δρα εδώ συνειρμικά και συντελεί στην -έστω θεωρητική- τάση για μια πιο προσεγμένη διατροφή.¹⁷

Όσον αφορά στη χώρα μας, από τα αποτελέσματα ερευνών σχετικά με τις αντιλήψεις και τις γνώσεις των Ελλήνων για θέματα τροφίμων και διατροφής, διαπιστώνονται τα παρακάτω.

Η πανελλήνια έρευνα για τις διατροφικές συνήθειες των Ελλήνων, που πραγματοποίησε η εταιρεία ερευνών MRB Hellas (2006), για λογαριασμό του μη κερδοσκοπικού Ιδρύματος «Αριστείδης Δασκαλόπουλος», σε δείγμα 1.300 ατόμων, ηλικίας άνω των 15 χρόνων, έδειξε τα ακόλουθα. Το πρόβλημα της παχυσαρκίας του πληθυσμού, το οποίο διαπιστώνεται στο 40% των Ελλήνων, αποδίδεται κυρίως στην έλλειψη έγκυρης πληροφόρησης. Όσον αφορά στον βαθμό ενημέρωσης, οι γυναίκες είναι περισσότερο ενημερωμένες γύρω από θέματα διατροφής σε σύγκριση με τους άνδρες (58.1% έναντι 39.7%), καθώς και οι ηλικίες 45-54 (61.9%), αλλά και τα άτομα που ανήκουν στην ανώτερη κοινωνική τάξη (61.3%). Παράλληλα, όσον αφορά στις πηγές ενημέρωσης, κατά σειρά ακολουθίας, το 64.6% δηλώνει ότι ενημερώνεται από τα Μ.Μ.Ε. και αφορά γυναίκες 35-45 ετών με οικιακή απασχόληση, το 41.8% δηλώνει ότι ενημερώνεται από έντυπα διατροφής και αφορά εργαζόμενες 35-54 ετών, ενώ αξιοσημείωτο είναι το γεγονός, ότι από ειδικούς επιστήμονες ενημερώνεται μόνο το 12.5% του δείγματος, το οποίο ανήκει σε άτομα άνω

¹⁷ Κιόκας, Σ. (30/10/06). «Πώς αντιλαμβάνονται οι Ευρωπαίοι την επικινδυνότητα των τροφίμων». <http://www.e-kyklades.gr/articles/article.jsp?context=103&categoryid=1002&articleid=3664>

των 65 ετών.¹⁸

Επίσης, σύμφωνα με την πανελλαδική έρευνα «Διατροφικές στάσεις, αντιλήψεις και συνήθειες των Ελλήνων πολιτών», η οποία πραγματοποιήθηκε το 2007, για λογαριασμό της Γενικής Γραμματείας Καταναλωτή, σε δείγμα 2.023 ατόμων, ηλικίας άνω των 15 ετών, προκύπτει σημαντικό έλλειμμα ενημέρωσης των καταναλωτών ως προς το σύνολο των πληροφοριών που αναγράφονται στις συσκευασίες των τροφίμων. Συγκεκριμένα, ενημερωμένοι δηλώνουν λιγότεροι από τους μισούς ερωτώμενους (46%), ενώ όπως φαίνεται και πάλι, οι γυναίκες (50%) είναι περισσότερο ενημερωμένες από τους άνδρες (41%). Επίσης, το επίπεδο εκπαίδευσης παίζει ρόλο, εφόσον διαπιστώνεται ότι τα άτομα με ανώτερη εκπαίδευση (56%) είναι περισσότερο ενημερωμένα, από αυτά με κατώτερη (31%).¹⁹

Έτσι προκύπτει ότι, το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, η απασχόληση και η κοινωνική τάξη, αποτελούν συνιστώσες που διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο ως προς την ενημέρωση σχετικά με θέματα διατροφής.

Στην αμερικανική μελέτη DHKS (Diet and Health Knowledge Survey), η οποία αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες έρευνες που έχουν γίνει κατά καιρούς με αξιόπιστα αποτελέσματα στον αμερικανικό πληθυσμό, βασίστηκε η έρευνα που πραγματοποιήθηκε, στα πλαίσια πτυχιακής εργασίας, από τις Παπαγγέλου και Φραγκίσκου, του Τμήματος Διατροφής και Διαιτολογίας του Τ.Ε.Ι. Κρήτης, στο λεκανοπέδιο Αττικής, το 2008. Σκοπός ήταν να αποτιμήσει τις διατροφικές γνώσεις τυχαία επιλεγμένου δείγματος ενήλικων ανδρών και γυναικών του ελληνικού πληθυσμού, μέσω της μετάφρασης και της στάθμισης ενός ερωτηματολογίου για την εκτίμηση της αντίληψης για την υγιεινή διατροφή των Ελλήνων. Το δείγμα της μελέτης περιελάμβανε 300 άτομα από το λεκανοπέδιο Αττικής, εκ των οποίων το 41.3% ήταν άνδρες και το 58.7% γυναίκες. Από την έρευνα συμπεραίνει κανείς, ότι υπάρχει άγνοια για βασικά θέματα διατροφής, έλλειψη γνώσης στο τι πρέπει να καταναλώνουν τα άτομα καθημερινά και ότι ορισμένες κατηγορίες ανθρώπων (παχύσαρκοι, υπέρβαροι, άτομα με λιπιδαιμία ή άλλη νόσο που σχετίζεται με τη διατροφή) βρίσκονται σε υψηλή επικινδυνότητα, καθώς η άγνοια δεν τους επιτρέπει να δράσουν άμεσα και αποτελεσματικά.

Πιο συγκεκριμένα, ως προς την αντίληψη για τη διατροφή τους, η πλειοψηφία τόσο των ατόμων με κανονικό βάρος όσο και των υπέρβαρων, πιστεύει ότι είναι πλούσια σε θερμίδες. Αντίθετα, προκαλεί εντύπωση το γεγονός ότι, η πλειοψηφία των παχύσαρκων (60%), θεωρεί ότι έχει διατροφή κανονική σε θερμίδες. Επιπλέον, το 62.5% των παχύσαρκων θεωρεί ότι η ποσότητα ζάχαρης που καταναλώνει είναι φυσιολογική, το 20% ότι είναι περιορισμένη και μόλις το 10%

¹⁸ Ίδρυμα «Αριστείδης Δασκαλόπουλος» (2006). «Πανελλήνια Ποσοτική Έρευνα Διατροφικών Συνηθειών 2006». <http://www.iad.gr/ver2/site/content.php?artid=225>

¹⁹ Γενική Γραμματεία Καταναλωτή (2007). «Διατροφικές στάσεις, αντιλήψεις και συνήθειες των Ελλήνων πολιτών». <http://www.publicissue.gr/492/diatrofi-2007/>

θεωρεί ότι είναι πλούσια. Οι υπέρβαροι, σε ποσοστό 13.2%, πιστεύουν ότι η διατροφή τους είναι φτωχή σε ζάχαρη, το 20.9% πλούσια και το 50% φυσιολογική. Ακόμη, από την έρευνα διαφαίνεται ότι, το 31.6% των υπερτασικών δεν γνωρίζουν πόσο αλάτι καταναλώνουν, γεγονός που εξηγείται εν μέρει, διότι το 68.4% των υπερτασικών δεν ασχολούνται οι ίδιοι με την προετοιμασία των γευμάτων τους.

Ως προς τη γνώση για βασικά θέματα διατροφής, οι συμμετέχοντες παρόλο που δέχονται το γεγονός ότι ακολουθούν μια διατροφή πλούσια σε λιπαρά, εντούτοις δεν γνωρίζουν επακριβώς περί τίνος πρόκειται, διότι δηλώνουν ότι αγνοούν τα κορεσμένα λιπαρά και τη χοληστερόλη. Φαίνεται, ακόμη, να υπάρχει μια γενική τάση του πληθυσμού, ανεξαρτήτως προσλαμβανόμενης ποσότητας, να πιστεύει ότι λαμβάνει υψηλά ποσοστά βιταμίνης C μέσω της διατροφής του. Επίσης, αυτοί που δεν καταναλώνουν καθόλου φρούτα και λαχανικά, σε ποσοστό 75.9%, θεωρούν ότι δεν υστερούν στην κατηγορία αυτή. Τέλος, οι γυναίκες, σε ποσοστό 47%, εμφανίζονται να μη θεωρούν σημαντική την πρόσληψη ασβεστίου και φαίνεται να υπάρχει άγνοια κατά 41.7% για το κατά πόσο είναι σημαντική αυτή η πρόσληψη στην κλιμακτηριακή περίοδο.²⁰

Σίγουρα, οι γνώσεις και η ενημέρωση γύρω από θέματα διατροφής, αποτελεί σημαντικό παράγοντα διατροφικής συμπεριφοράς. Όπως φάνηκε παραπάνω, όλες οι έρευνες συμφωνούν στο ότι η έλλειψη γνώσεων είναι χαρακτηριστική και αποτελεί ιδιαίτερο πρόβλημα, κυρίως στον ελληνικό πληθυσμό. Η άγνοια αυτή, σίγουρα οδηγεί σε λανθασμένες αντιλήψεις γύρω από την υγιεινή διατροφή, «βιαστική» επιλογή τροφίμων και πολλά διατροφικά σφάλματα.

2.3. Διατροφικές συνήθειες της εποχής

Οι ρυθμοί της ζωής σήμερα είναι έντονοι και το άγχος είναι μέσα στην καθημερινότητα των ανθρώπων. Όλοι αναζητούν μια γρήγορη λύση όταν πεινάνε, είτε βρίσκονται εντός ή εκτός σπιτιού ή γραφείου. Από τη μια, η προβολή αυτού του τρόπου διατροφής από τα Μ.Μ.Ε. και από την άλλη, η έλλειψη επιλογών, υποχρεώνει πολλούς να καταφεύγουν σε σνακ πλούσια σε λιπαρά, ζάχαρη και θερμίδες, συνάμα φτωχά σε βιταμίνες, ιχνοστοιχεία και φυτοχημικές (αντιοξειδωτικές) ουσίες. Επίσης, πολλοί καταναλώνουν 1, το πολύ 2 γεύματα την ημέρα, επειδή δεν προλαβαίνουν ή δεν έχουν υγιεινές επιλογές, με αποτέλεσμα να υιοθετείται η λεγόμενη «fast food συμπεριφορά».²¹

Στις μέρες μας, η κακή διατροφή αποτελεί ένα παγκόσμιο πρόβλημα με δύο όψεις. Η μία, αφορά στον τρίτο κόσμο, όπου συνεχίζει να επικρατεί η πείνα και η εξαθλίωση. Κάθε μέρα 40.000

²⁰ Πτυχιακή Μελέτη : Παπαγγέλου, Α., Φραγκίσκου, Ε. (2008). *Μετάφραση, στάθμιση, εφαρμογή και ανάλυση ενός διεθνούς «εργαλείου» καταγραφής της αντίληψης για την υγιεινή διατροφή σε ελληνικό πληθυσμό : Το ερωτηματολόγιο DHKS (Diet health and knowledge survey)*. TEI Κρήτης – Παράρτημα Σητείας

²¹ Παπαχρήστος, Π., Κούτσικας, Κ. (χ.χ.). «Ο σύγχρονος τρόπος ζωής και διατροφής». http://www.dietologoi.gr/index.php?id=75&option=com_content&task=view

συνάνθρωποί μας, κυρίως παιδιά, πεθαίνουν από πείνα. Από την άλλη μεριά, οι ζώντες στην αφθονία των αναπτυγμένων χωρών, πεθαίνουν από το πολύ ή το ακατάλληλο φαγητό ή και από τα δύο. Σύμφωνα με σχετικές μελέτες, 3 στους 10 ανθρώπους, που ζουν σε αναπτυγμένες χώρες, εμφανίζουν συμπτώματα κακής διατροφής, με τη μορφή της έλλειψης θρεπτικών στοιχείων (ιδιαίτερα σιδήρου, ασβεστίου, βιταμινών Α, C και ριβοφλαβίνης) ή με τη μορφή αναιμιών, παχυσαρκίας ή ασθενειών στενά συνδεδεμένων με την κακή διατροφή, όπως είναι ασθένειες του κυκλοφορικού (καρδιαγγειοπάθειες, υπέρταση κ.λπ.), ο διαβήτης, σοβαρές περιοδοντικές ασθένειες, διάφορες μορφές καρκίνου κ.α. Ιδιαίτερα επιρρεπείς στην κακή διατροφή είναι τα μικρά παιδιά, οι έφηβοι, οι νεαρές έγκυες, οι φτωχές οικογένειες, οι ανάπηροι και οι ηλικιωμένοι.²²

Σύμφωνα με τον Josef Schmidhuber, του Οργανισμού Τροφίμων και Γεωργίας των Ηνωμένων Εθνών, σχετικά με τις διαιτητικές στάσεις για την πρόσληψη πρωτεΐνης, συνολικών λιπιδίων, λιπαρών οξέων, υδατανθράκων, φυτικών ινών, ζάχαρης, χοληστερόλης, νατρίου, φρούτων και λαχανικών από διάφορες χώρες και από διαφορετικές χρονικές περιόδους (1961/63, 1971/73, 1981/83, 1991/93 και 2001/03), «η διατροφή των Ευρωπαίων αποτελείται πλέον από πολύ περισσότερο λίπος, πολύ περισσότερο αλάτι και είναι πολύ πιο γλυκιά». Ο ίδιος αναλυτής αναφέρει ότι, η μέση ημερήσια θερμιδική πρόσληψη στην Ε.Ε. των 15 μελών (πριν το 2002) ήταν 3.340 θερμίδες, από 2.960 θερμίδες που ήταν 40 χρόνια πριν, αύξηση που προσεγγίζει το 20%. Μεγαλύτερη αλλαγή στις διαιτητικές συνήθειες παρατηρήθηκε στην Ελλάδα, την Ιταλία, την Ισπανία, την Πορτογαλία, την Κύπρο και τη Μάλτα. Η μέση θερμιδική πρόσληψη στις χώρες αυτές αυξήθηκε κατά 30%.

Σε γενικές γραμμές, η αλλαγή στις διαιτητικές συνήθειες των Ευρωπαίων αποδίδεται στην αύξηση του εισοδήματος, την αύξηση στον αριθμό των μεγάλων υπεραγορών, τις αλλαγές στο σύστημα διανομής των τροφίμων, αλλά και στην αλλαγή του τρόπου ζωής των ανθρώπων που έγινε πλέον καθιστική. Επιπλέον, επειδή οι γυναίκες εργάζονται σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό από ότι 40 χρόνια πριν, οι οικογένειες πλέον τρώνε περισσότερο έτοιμα και επεξεργασμένα φαγητά.²³

Όσον αφορά στην Ελλάδα, τα τελευταία 60 χρόνια έζησε δραστικές αλλαγές στον τρόπο ζωής, καθώς πέρασε από την ανέχεια της εποχής του μεσοπολέμου, στην αφθονία της σημερινής εποχής, σταδιακά εγκαταλείφθηκε η παραδοσιακή Μεσογειακή διαίτα και υιοθετήθηκε ο δυτικός τρόπος ζωής και μια διαίτα δυτικού τύπου. Από μια διαίτα φτωχή σε ζωικές πρωτεΐνες και ζωικά λίπη, πλούσια σε όσπρια, δημητριακά, ψάρι, φρούτα και λαχανικά που συνδυαζόταν με συχνή χειρωνακτική εργασία (άσκηση), περάσαμε σε μια διατροφή με συχνή χρήση κρεάτων, ραφιναρισμένων τροφίμων, πρόχειρων φαγητών (fast food), γλυκισμάτων, ζαχαρούχων

²² Λαζαρίδης, Χ., Καταναλωτικά Βήματα. Τεύχος Νοεμβρίου – Δεκεμβρίου 2001. http://kepka.org/index.php?option=com_content&task=view&id=730&Itemid=57

²³ Ιωάννου, Ε. (17/12/08). «Οι μεσογειακοί λαοί εγκαταλείπουν την παραδοσιακή διατροφή». www.iatronet.gr

αναψυκτικών, προϊόντων σνακς κ.ο.κ. σε συνδυασμό με πολύ άγχος και χωρίς στοιχειώδη άσκηση.²⁴

Χαρακτηριστικά, το πρόγραμμα ΕΠΙΚ (Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα συνεργασίας Ιατρικής και Κοινωνίας) που συμμετείχε και η Ελλάδα κι έπειτα από τη σύγκριση των αποτελεσμάτων της μελέτης των επτά χωρών της περιόδου 1960-1965, έδειξε ότι οι σύγχρονοι Έλληνες :

1. Έχουν μειώσει την κατανάλωση φρούτων, οσπρίων και ελαιολάδου
2. Έχουν αυξήσει την κατανάλωση κρέατος και τυριού και κατά συνέπεια την πρόσληψη κορεσμένων λιπιδίων
3. Έχουν μειώσει την πρόσληψη μονοακόρεστων λιπαρών οξέων (κυρίως από το ελαιόλαδο)
4. Παρουσιάζουν δυσμενείς μεταβολές σε διατροφοεξαρτώμενους δείκτες (αύξηση στον επιπολασμό της υπέρτασης, στα επίπεδα χοληστερόλης αίματος και στο βάρος σώματος).²⁵

Ενώ στις αρχές της δεκαετίας του 1960, η μέση κατανάλωση θερμίδων ήταν στην Ελλάδα η χαμηλότερη της Δυτικής Ευρώπης, μέσα σε 4 δεκαετίες έφτασε να συγκρατάλεται ανάμεσα στις υψηλότερες.²⁶

Στην Ελλάδα ένα μεγάλο ποσοστό είναι υπέρβαρο και ένα μικρό μόλις ποσοστό είναι μέσα στα φυσιολογικά επίπεδα, όπως έδειξε η έρευνα που πραγματοποίησε η Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας. Το 30%-40% των καρκίνων έχουν άμεση σχέση με τις διατροφικές συνήθειες, το βάρος και τη σωματική δραστηριότητα. Επίσης, έχει υπολογιστεί ότι το 60%-70% των καρκίνων μπορούν να προληφθούν εάν έχουμε μια υγιεινή και ισορροπημένη διατροφή, εξασκούμεστε συστηματικά, διατηρούμε ένα κανονικό βάρος και διακόψουμε το κάπνισμα.²⁷

2.3.1. Το Μοντέλο της Μεσογειακής Διατροφής

Η διατροφή των ατόμων που ζουν στις χώρες της νότιας Ευρώπης, από το 1960 αποτελεί τη βάση μιας υγιεινής διατροφής, η οποία ονομάζεται Μεσογειακή Διατροφή. Η «Μεσογειακή Διατροφή» έκανε διάσημη την Ελλάδα, οδηγώντας τους ειδικούς ανά τον κόσμο να στρέφουν το ενδιαφέρον τους στο «φαινόμενο της Κρήτης», όπως ονομάστηκε, χάρη στη μακροζωία του πληθυσμού του νησιού. Η κύρια μελέτη, όσον αφορά στον μεσογειακό τρόπο διατροφής, είναι η περίφημη έρευνα των Επτά Κρατών. Αυτή η έρευνα, είναι μία από τις δύο διαχρονικότερες

²⁴ Λαζαρίδης, Χ., Καταναλωτικά Βήματα. Τεύχος Νοεμβρίου – Δεκεμβρίου 2001. http://kepka.org/index.php?option=com_content&task=view&id=730&Itemid=57

²⁵ Παπαχρήστος, Π., Κούτσικας, Κ. (χ.χ.). «Ο σύγχρονος τρόπος ζωής και διατροφής». http://www.dietolогоi.gr/index.php?id=75&option=com_content&task=view

²⁶ www.bestrong.org.gr (22/08/10). «Η διατροφή στην Ελλάδα»

²⁷ Παπαχρήστος, Π., Κούτσικας, Κ. (χ.χ.). «Ο σύγχρονος τρόπος ζωής και διατροφής». http://www.dietolогоi.gr/index.php?id=75&option=com_content&task=view

επιδημιολογικές μελέτες που έχουν ποτέ διεξαχθεί, στην οποία συμμετείχε και η Ελλάδα.

Σύμφωνα με την έρευνα, οι ειδικοί μελέτησαν τη σχέση ανάμεσα στη διατροφή, στην πίεση του αίματος και στη χοληστερίνη 13.000 ανδρών, 40-59 ετών, που ζούσαν στην Ελλάδα, στην Ιταλία, στην πρώην Γιουγκοσλαβία, στην Ολλανδία, στη Φιλανδία, στις ΗΠΑ και στην Ιαπωνία. Εκείνο που παρατηρήθηκε είναι ότι, σε διάστημα 15 ετών, στους πληθυσμούς με υψηλή κατανάλωση ελαιολάδου (Ελλάδα, Ιταλία, Πρώην Γιουγκοσλαβία), η θνησιμότητα από τη στεφανιαία νόσο ήταν σαφώς μικρότερη σε σύγκριση με αυτή των υπόλοιπων χωρών και ιδιαίτερα με αυτήν των ΗΠΑ.²⁸

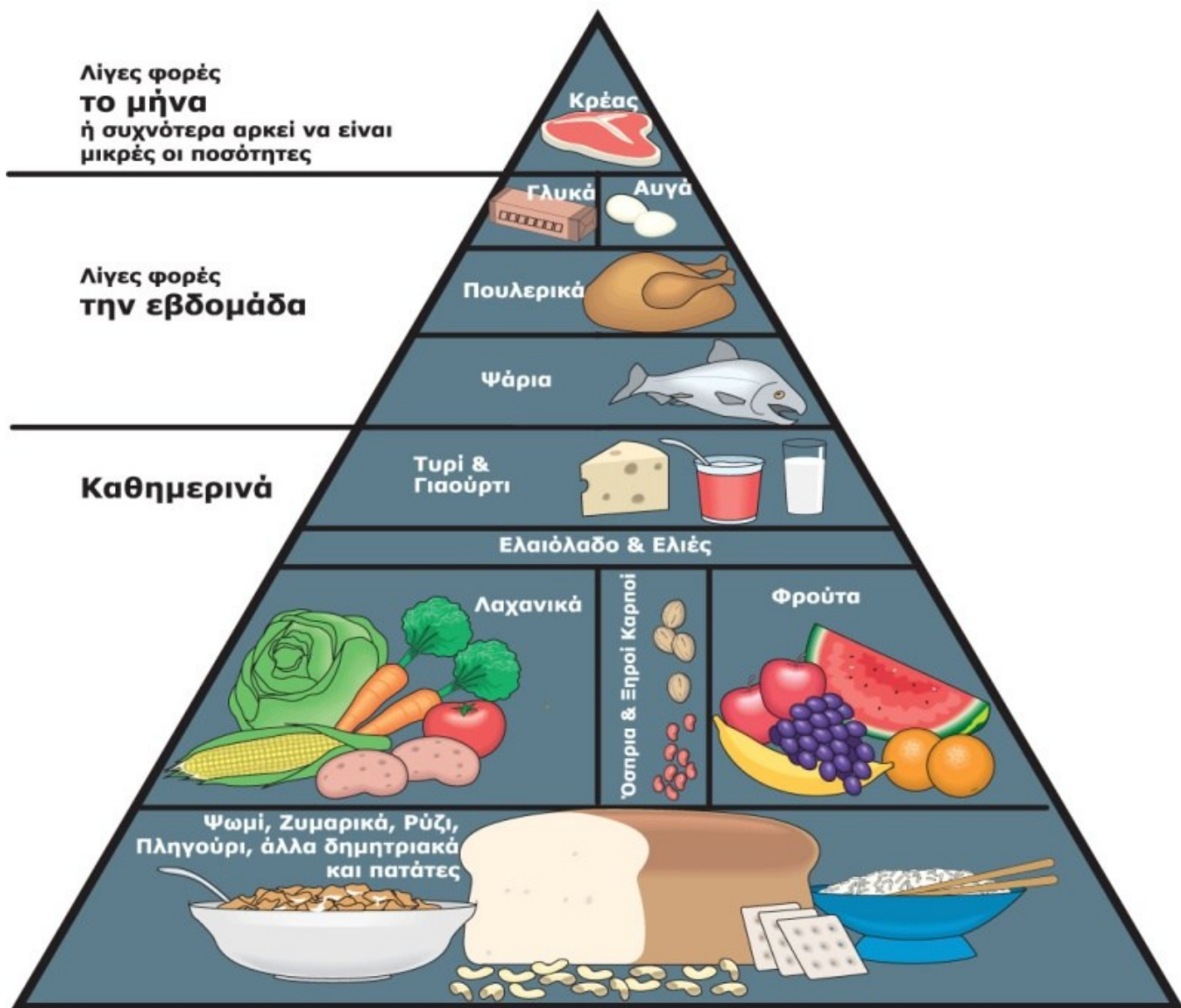
Η Μεσογειακή Διατροφή είναι ένα σύνολο διατροφικών συνηθειών που ακολουθούνται παραδοσιακά από τους ανθρώπους της περιοχής της Μεσογείου και οι οποίες ποικίλλουν μεταξύ αυτών, ανάλογα με τον πολιτισμό, την εθνικότητα και τη θρησκεία.

Βασικά χαρακτηριστικά της Μεσογειακής Διατροφής αποτελούν οι υδατάνθρακες, οι άφθονες φυτικές ίνες, καθώς και τα μονοακόρεστα λιπαρά οξέα. Οι φυτικές ίνες, προέρχονται από τρόφιμα όπως το ψωμί, τα λαχανικά, τα όσπρια και τα φρούτα. Το ελαιόλαδο, χαρακτηρίζεται ως η κύρια πηγή λιπαρών. Μικρές έως μέτριες είναι οι ποσότητες ψαριού, πουλερικών, γαλακτοκομικών, αυγών και μικρότερη ακόμη αυτή του κόκκινου κρέατος. Τέλος, το κρασί καταναλώνεται με μέτρο την ώρα των γευμάτων.²⁹

Στη συνέχεια, παρουσιάζεται η προτεινόμενη κατανάλωση τροφίμων σε καθημερινή, εβδομαδιαία και μηνιαία βάση αντίστοιχα, στην πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής :

²⁸ Vita, (2003). *Καθημερινός οδηγός Μεσογειακής διατροφής*. Έκδοση του περιοδικού VITA

²⁹ Vita, (2003). *Καθημερινός οδηγός Μεσογειακής διατροφής*. Έκδοση του περιοδικού VITA



Τα τελευταία 40 χρόνια (1970-2010), ο μέσος όρος βάρους των κατοίκων της Κρήτης αυξήθηκε κατά 20 κιλά. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας, ο Κρητικός το 1970 ζύγιζε 63 κιλά και έκαιγε 3.000 θερμίδες την ημέρα με σκληρή σωματική εργασία, που ισοδυναμεί με περπάτημα 15 χιλιομέτρων. Το διαιτολόγιό του περιελάμβανε συχνά όσπρια, φρούτα, λαχανικά, ψωμί με αλεύρι ολικής άλεσης, ελαιόλαδο, ελιές, σαλιγκάρια, ενώ σπάνια κατανάλωνε τροφές όπως, κρέας, ψάρι και γαλακτοκομικά. Σήμερα, ο Κρητικός ζυγίζει 83 κιλά και εργάζεται ελάχιστα σωματικά. Παράλληλα, τρέφεται ανθυγιεινά με συχνή κατανάλωση ζωικών λιπών, κρέατος, τυριών και τροφών πλούσιων σε ακόρεστα λιπαρά οξέα. Αντίθετα, έχει σταματήσει την κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και χορταρικών που θεωρούνται ευεργετικές τροφές, με μεγάλη περιεκτικότητα σε αντιοξειδωτικές ουσίες που εμποδίζουν την γήρανση του οργανισμού. Ακόμα, σε πρόσφατη μελέτη που έκανε το Πανεπιστήμιο Κρήτης, το 86.1% των αγροτών βρέθηκε με βάρος πάνω από το φυσιολογικό. Από αυτούς, το 42.9% βρέθηκαν υπέρβαροι και το 43.2% παχύσαρκοι, με Δείκτη Μάζας Σώματος >30. Τα ποσοστά αυτά ξεπερνούν ακόμα και εκείνα του αστικού πληθυσμού της

Αθήνας (που υπολογίζεται ότι είναι στο 73%), μιας πόλης με ποσοστά παχυσαρκίας από τα μεγαλύτερα στην Ευρώπη.

Το φαινόμενο αυτό, αποδίδεται στην αλλαγή του τρόπου ζωής, στην κατάργηση της παραδοσιακής κρητικής διατροφής, στην καθιστική ζωή, στο γρήγορο ρυθμό και την πίεση της καθημερινότητας που οδηγεί στην εύκολη λύση του ταχυφαγείου, ακόμα και σε αγροτικές περιοχές του νησιού.³⁰

Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να αναφέρουμε τι υποδηλώνει ο Δείκτης Μάζας Σώματος για την υγεία. Ο δείκτης αυτός, χρησιμοποιείται για τον προσδιορισμό του σωματικού λίπους. Είναι ένας σχετικά ακριβής δείκτης του σωματικού λίπους για τους περισσότερους ενήλικες. Εξαίρεση αποτελούν ομάδες πληθυσμού όπως, αθλητές και υπερήλικες. Για τον υπολογισμό του ΔΜΣ, διαιρείται το βάρος σε κιλά (kg) προς το ύψος σε μέτρα στο τετράγωνο (kg/m^2). Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., για ενήλικες άνω των 20 ετών, ο ΔΜΣ χωρίζεται στις εξής κατηγορίες:

- $<18.5 \text{ kg}/\text{m}^2$ = Επικίνδυνα χαμηλό σωματικό βάρος
- $18.5\text{-}24.9 \text{ kg}/\text{m}^2$ = Φυσιολογικό βάρος
- $25\text{-}29.9 \text{ kg}/\text{m}^2$ = Υπέρβαρος
- $>30 \text{ kg}/\text{m}^2$ = Παχύσαρκος³¹

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της MRB Hellas (2006), οι Έλληνες δε γνωρίζουν τι περιλαμβάνει η Μεσογειακή Διατροφή, καθώς υπάρχει δυσκολία στην αναγνώριση ορισμένων βασικών τροφίμων της. Τα λαχανικά, είναι η κατηγορία τροφίμων που αναγνωρίζεται από τους περισσότερους ερωτηθέντες (62.8%) ως συστατικό της, το ελαιόλαδο, αναγνωρίζεται από τους μισούς, ενώ τα δημητριακά, από μόνο ένα 10%. Επίσης, η διατροφή τους αποκλίνει από τις οδηγίες της Μεσογειακής Διατροφής, καθώς τα δημητριακά καταναλώνονται περίπου στη μισή ποσότητα (46.2% λιγότερο) από τη συνιστώμενη, ενώ τα λαχανικά σε ποσοστό 73.4% λιγότερο. Τα ψάρια υποκαταναλώνονται σε ποσοστό που φτάνει το 42.1% και οι πατάτες καταναλώνονται κατά 79.3% περισσότερο από τη συνιστώμενη ποσότητα των διατροφικών οδηγιών. Σε συνδυασμό μάλιστα και με το ιδιαίτερα ανησυχητικό φαινόμενο της μεγάλης κατανάλωσης κόκκινου κρέατος, σε ποσοστό 343% περισσότερο από τις διατροφικές οδηγίες (1 φορά ανά 2 εβδομάδες), είναι προφανές, ότι η διατροφή του πληθυσμού αποκλίνει σημαντικά από το πρότυπο της Μεσογειακής Διατροφής.³²

Παράλληλα, στην έρευνα «Διατροφικές στάσεις, αντιλήψεις και συνήθειες των Ελλήνων πολιτών» (2007), προέκυψε ότι σχεδόν 3 στους 10 (29%) ερωτηθέντες δε γνωρίζουν τις βασικές

³⁰ <http://health.in.gr/> (29/10/10). «Ιστορίες παχυσαρκίας : Όταν οι Κρητικοί εγκατέλειψαν την παραδοσιακή διατροφή»

³¹ Δημακόπουλος, Γ. (12/11/10). «Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) ή BMI: Αποκωδικοποίηση!». www.iatronet.gr

³² Ίδρυμα «Αριστείδης Δασκαλόπουλος» (2006). «Πανελλήνια Ποσοτική Έρευνα Διατροφικών Συνηθειών 2006». <http://www.iad.gr/ver2/site/content.php?artid=225>

κατηγορίες τροφίμων που ανήκουν στη Μεσογειακή Διατροφή. Σχεδόν οι μισοί πολίτες (53%) καταναλώνουν κόκκινο κρέας σε μεγαλύτερη από τη συνιστώμενη δόση της Μεσογειακής Διατροφής. Άλλες σημαντικές αποκλίσεις από τους κανόνες της Μεσογειακής Διατροφής που παρουσιάζονται αφορούν : στην κατανάλωση αλκοολούχων ποτών εκτός κρασιού, όπου το 31% δηλώνει μεγαλύτερη από τη συνιστώμενη, στα γλυκά (21%) και στις πατάτες (14%). Αντιθέτως, τα ψάρια, τα όσπρια, τα πουλερικά, τα ζυμαρικά και το ρύζι, καταναλώνονται σε αισθητά μικρότερες από τις συνιστώμενες ποσότητες.³³

Σε έρευνα του Ανδρικόπουλου (2008), για τις διατροφικές συνήθειες στην Αθήνα, το Ηράκλειο, τα Γιάννενα, την Πτολεμαΐδα και τη Νεμέα Κορινθίας, σε δείγμα 869 ανδρών και γυναικών, 18-55 χρόνων, αναφέρεται ότι ενώ ο Π.Ο.Υ. συστήνει 2-3 μερίδες φρούτων καθημερινά, το 38.5% των Ελλήνων καταναλώνει κάτω από 4 μερίδες την εβδομάδα, ενώ η συμμόρφωση των Ελλήνων με την αντίστοιχη σύσταση του Π.Ο.Υ. για την καθημερινή κατανάλωση 4-5 μερίδων λαχανικών ημερησίως, βρίσκεται μόλις στο 17.9%. Εντύπωση, επίσης, προκαλεί το γεγονός ότι 1 στους 4 Έλληνες (24.6%) δεν καταναλώνει σχεδόν ποτέ το αναγκαίο για τη διατροφική υγεία του οργανισμού ψάρι, ενώ οι μισοί περίπου Έλληνες (49.6%), υπερκαταναλώνουν κόκκινο κρέας περισσότερες από 1-2 φορές εβδομαδιαίως.³⁴

Σύμφωνα με τη μελέτη «Αττικής», πραγματοποιήθηκε εκτίμηση των διατροφικών συνηθειών, σε δείγμα 3.042 ατόμων, εκ των οποίων τα 1.514 ήταν άνδρες και τα 1.528 γυναίκες. Η μελέτη «Αττικής», είναι μια διαχρονική μελέτη παρακολούθησης δείγματος του γενικού πληθυσμού. Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσε το 40% του γενικού πληθυσμού (αντιπροσωπευτικό δείγμα) και απαρτιζόταν από άτομα αστικών, ημιαστικών και αγροτικών περιοχών. Όπως προέκυψε από τα αποτελέσματα, φαίνεται αυξημένη η κατανάλωση κόκκινου κρέατος, με ταυτόχρονη μείωση της πρόσληψης πουλερικών και ψαριών, μειωμένη κατανάλωση γαλακτοκομικών, καθώς επίσης και αυξημένη κατανάλωση γλυκών σε σχέση με τις συνιστώμενες προσλήψεις. Αντίθετα, η κατανάλωση οσπρίων, φρούτων, λαχανικών, ελαιολάδου και δημητριακών φαίνεται ικανοποιητική. Επίσης, η πρόσληψη φρούτων, λαχανικών και δημητριακών βρίσκεται σε καλά επίπεδα συγκριτικά με την κατανάλωση που παρατηρείται στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Η μελέτη περιελάμβανε και την εκτίμηση της Μεσογειακής Διατροφής, η οποία βρέθηκε σχετικά χαμηλή, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες, ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, ενώ είχε αντίστροφη σχέση με την ηλικία. Από τη συγκεκριμένη έρευνα, φαίνεται ότι ο ελληνικός πληθυσμός διατηρεί αρκετά στοιχεία της Μεσογειακής Διατροφής

³³ Γενική Γραμματεία Καταναλωτή (2007). «Διατροφικές στάσεις, αντιλήψεις και συνήθειες των Ελλήνων πολιτών». <http://www.publicissue.gr/492/diatrofi-2007/>

³⁴ www.myworld.gr (χ.χ.). «Οι ανθυγιεινές συνήθειες των Ελλήνων»

με ορισμένες αποκλίσεις, που δείχνουν μια τάση υιοθέτησης δυτικοποιημένου τρόπου διατροφής.³⁵

2.3.2. Έτοιμα γεύματα (fast food)

Ο σύγχρονος τρόπος ζωής οδηγεί πολλούς ανθρώπους στην κατανάλωση γευμάτων εκτός σπιτιού. Ζούμε σε μια εποχή όπου όλα κινούνται γρήγορα. «Γρήγορο πλύσιμο ή πλύσιμο σε 5 λεπτά» για τα αυτοκίνητα, «γρήγορη εξυπηρέτηση», με αποτέλεσμα να έχει μπει στη ζωή μας η λέξη «γρήγορα» ή στα αγγλικά «fast». Αυτό, όμως, έχει μπει και στην ψυχολογία μας. Θύμα αυτής της «γρηγοράδας» έχει πέσει και η διατροφή.

Το γρήγορο φαγητό (fast food) παύει να ταυτίζεται αναγκαστικά με το πρόχειρο φαγητό από φαστφουντάδικα (junk food), ενώ ένα σνακ στα γρήγορα (street food) μπορεί να αποτελέσει μια καθ' όλα υγιεινή επιλογή. Πολλοί άνθρωποι αισθάνονται πως δεν μπορούν να αντισταθούν σε ένα κλαμπ σάντουιτς, ένα χάμπουργκερ, μια πίτα με γύρο, στις τηγανητές πατάτες ή σε μια λαχταριστή σοκολατίνα και συχνά ισχυρίζονται πως θα ήθελαν να είναι αλλιώς τα πράγματα! Μελέτες δείχνουν ότι δεν μπορούν να κάνουν διαφορετικά. Όταν καταναλώνουμε τροφές πλούσιες σε λίπη, αλάτι, ζάχαρη και θερμίδες, διεγείρονται και προκαλούνται αλλαγές στα κέντρα επιβράβευσης του εγκεφάλου. Όταν αυτές οι αλλαγές ξεπεράσουν ένα όριο, το επακόλουθο δεν είναι απλώς να τρώμε ακατάσχετα και να παχαίνουμε, αλλά να μην μπορούμε να σταματήσουμε κιόλας.

Ο βασικός λόγος της αλματώδους αύξησης των μεταβολικών νοσημάτων (σακχαρώδης διαβήτης, υπέρταση και καρδιαγγειακά) στη χώρα μας την τελευταία εικοσαετία, είναι η αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες των Ελλήνων και κυρίως των νέων, που συχνά καταφεύγουν στα ταχυφαγεία και στο έτοιμο φαγητό. Σε αυτό συνηγορούν η γενικότερη επιτάχυνση των ρυθμών ζωής, η αύξηση του αριθμού των μονομελών νοικοκυριών, οι αυξημένες επαγγελματικές υποχρεώσεις και ειδικότερα των γυναικών, που καθιστά μεγαλύτερο το πρόβλημα προετοιμασίας του καθημερινού φαγητού της οικογένειας. Περίπου 1 στους 5 μαθητές λυκείου δεν κάθεται πλέον στο οικογενειακό τραπέζι, αλλά παραγγέλνει έτοιμο φαγητό 4-7 φορές την εβδομάδα!³⁶

Επίσης, σχεδόν το 23% του πληθυσμού, τις εργάσιμες ημέρες, έχει τουλάχιστον 1 γεύμα την ημέρα εκτός σπιτιού. Τις μη εργάσιμες ημέρες, το ποσοστό αυτό διπλασιάζεται.

Τα γεύματα τύπου fast food είναι πλούσια σε θερμίδες, κορεσμένο λίπος, χοληστερόλη, αλάτι και ζάχαρη, ενώ είναι φτωχά σε βιταμίνες και ιχνοστοιχεία. Η αυξημένη περιεκτικότητα των έτοιμων φαγητών σε θερμίδες, λίπος, χοληστερόλη, ζάχαρη και αλάτι βλάπτουν την υγεία. Ένα συνηθισμένο γεύμα fast food έχει υψηλή ενεργειακή πυκνότητα (δηλαδή μια μικρή ποσότητα

³⁵ Μεταπτυχιακή Εργασία: Αρβανίτη, Φ. (2005). *Διατροφικές συνήθειες και η σχέση τους με τα κοινωνικο – δημογραφικά χαρακτηριστικά, σε τυχαία επιλεγμένο δείγμα του ελληνικού πληθυσμού*. Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

³⁶ Ντζέμ, Τ. (23/10/10). «Γρήγορο φαγητό και delivery». www.diatrofi.gr

τροφίμου αποδίδει πολλές θερμίδες). Ένα κλασσικό γεύμα fast food είναι 1.5 φορά πιο πυκνό, από ότι ένα παραδοσιακό βρετανικό γεύμα και 2.5 φορές πιο πυκνό από ένα παραδοσιακό αφρικάνικο γεύμα. Ο ανθρώπινος οργανισμός δεν είναι «προγραμματισμένος» να καταναλώνει τόσο πλούσια σε ενέργεια τρόφιμα και αυτό είναι ένας από τους λόγους που οδηγούν στην αύξηση της εμφάνισης της παχυσαρκίας. Επίσης, εκτός από την υψηλή ενεργειακή πυκνότητα που χαρακτηρίζει τα τρόφιμα αυτά, συνηθίζεται να σερβίρονται και σε μεγάλες μερίδες.³⁷ Σύμφωνα με έρευνα, η υπερκατανάλωση τροφίμων με υψηλή περιεκτικότητα θερμίδων, μπορεί να είναι εξίσου εθιστική με την κοκαΐνη ή τη νικοτίνη, ενώ μπορεί να προκαλέσει ψυχαναγκαστική βρώση και παχυσαρκία.³⁸

Από την πανελλαδική έρευνα «Διατροφικές στάσεις, αντιλήψεις και συνήθειες των Ελλήνων πολιτών» (2007), προκύπτει ότι, το 57% τρώει εκτός σπιτιού και προτιμά σε ποσοστό 64% κυρίως τις ταβέρνες και τις ψησταριές, ενώ ακολουθούν τα εστιατόρια, τα fast food, τα σουβλατζίδικα κ.λπ. Επίσης, το 33% παίρνει στο σπίτι ή τη δουλειά έτοιμο φαγητό απ' έξω και όταν παραγγέλνει προτιμά κυρίως σουβλάκια και πίτσες.³⁹

Σύμφωνα με την έρευνα του Ανδρικόπουλου (2008), το 61.7% δηλώνει ότι καταφεύγει σε πρόχειρο φαγητό 2-4 φορές την εβδομάδα. Περίπου 6 στους 10 δηλώνουν ότι μέσα στην εβδομάδα ενδέχεται να καταναλώσουν πρόχειρο φαγητό ακόμη και 7 φορές.⁴⁰

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και τα ευρήματα της έρευνας Hellas Health I (2006), σε δείγμα ενηλίκων του ελληνικού πληθυσμού, σχετικά με την εστίαση εκτός οικίας, καθώς φαίνεται ότι ένα μεγάλο ποσοστό της τάξεως του 43%, τρώει τουλάχιστον 1 φορά την εβδομάδα εκτός οικίας. Οι άνδρες (50%), τα υψηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα (60%), οι ανύπαντροι (66%) και οι νέοι 18-24 ετών (70%), είναι οι ομάδες του πληθυσμού που τρώνε πιο συχνά εκτός οικίας.⁴¹

2.4. Παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες

Η επιλογή τροφίμων, όπως οποιαδήποτε σύνθετη ανθρώπινη συμπεριφορά, επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Ο βασικός λόγος για την κατανάλωση τροφίμων είναι φυσικά το αίσθημα της πείνας και ο κορεσμός, αλλά η επιλογή των τροφίμων, δεν καθορίζεται μόνο από τις φυσιολογικές ή διατροφικές μας ανάγκες. Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή των τροφίμων είναι:

³⁷ Σταματάκη, Α. (01/07/09). «Fast Food Διατροφή ή Fast Food Συμπεριφορά». www.mednutrition.gr

³⁸ www.in2life.gr (29/03/10). «Junk food : Ο εθιστικός υπαίτιος της παχυσαρκίας». Reuters.com

³⁹ Γενική Γραμματεία Καταναλωτή (2007). «Διατροφικές στάσεις, αντιλήψεις και συνήθειες των Ελλήνων πολιτών». <http://www.publicissue.gr/492/diatrofi-2007/>

⁴⁰ www.myworld.gr (χ.χ.). «Οι ανθυγιεινές συνήθειες των Ελλήνων»

⁴¹ Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών (2007). «Η Υγεία του Ελληνικού Πληθυσμού». www.neahygeia.gr

A) *Πολιτισμικοί – Θρησκευτικοί παράγοντες*. Οι παραδόσεις αποτελούν βασικό στοιχείο πολλών λαών και καθορίζουν τα τρόφιμα που πρέπει να καταναλώνονται, τον τρόπο παραγωγής τους, αλλά και την περίοδο κατανάλωσής τους. Καθοριστικό ρόλο στις διαιτητικές επιλογές έχει και η θρησκεία. Κάθε θρησκεία, μέσα από τη δική της φιλοσοφία θεσπίζει και ανάλογους κανόνες συμπεριφοράς, οι οποίοι επηρεάζουν και τη διατροφή.

B) *Γενετικοί παράγοντες*. Η προτίμηση ή αποστροφή του ατόμου σε διάφορες γεύσεις και η επιλογή των τροφίμων, σχετίζεται μερικώς και με γενετικούς παράγοντες. Έρευνες υποστηρίζουν ότι τα ανθρώπινα γονίδια επηρεάζουν την προτίμηση ή όχι στη γλυκιά και στην πικρή γεύση καθώς και την επιθυμία για αλάτι.⁴² Τέλος, ασθένειες οι οποίες οφείλονται σε γενετικές παραλλαγές, όπως π.χ. δυσανεξία στη λακτόζη κ.α. είναι υπεύθυνες για την επιλογή τροφίμων προς κατανάλωση.

Γ) *Προσωπικοί παράγοντες*. Η διαιτητική συμπεριφορά καθορίζεται και από προσωπικές επιλογές. Αυτές έπονται από τις διαφορετικές γευστικές προτιμήσεις του καθενός, από τις προσωπικές του αξίες και από το σύνολο των χαρακτηριστικών που ορίζουν την προσωπικότητά του. Σημαντικό ρόλο, επίσης, διαδραματίζει και η κατάσταση της υγείας του ατόμου. Άλλες επιλογές τροφίμων πρέπει να κάνει ένας νεφροπαθής ή ένας διαβητικός και άλλες ένας καρδιοπαθής. Ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια, παρατηρείται, οι προβληματισμοί που αφορούν στη διατήρηση ή τη βελτίωση της υγείας, να επηρεάζουν κατά πολύ τις επιλογές των τροφίμων που καταναλώνονται.⁴³ Τέλος, η διάθεση του ατόμου για ενημέρωση, προβληματισμό και εναρμόνιση με έναν υγιεινό τρόπο διατροφής, έχει και τον ανάλογο αντίκτυπο στη διαιτητική του συμπεριφορά.

Δ) *Οικονομικοί παράγοντες*. Αναμφίβολα, η διατροφή του κάθε ανθρώπου επηρεάζεται από την οικονομική του κατάσταση. Όσο περισσότερα χρήματα διαθέτει κάποιος, τόσο καλύτερης ποιότητας διατροφή μπορεί να έχει. Οι ομάδες χαμηλού εισοδήματος, έχουν μεγαλύτερη τάση να υιοθετούν μη ισορροπημένη δίαιτα και να καταναλώνουν χαμηλότερα ποσοστά φρούτων και λαχανικών. Το γεγονός αυτό, οδηγεί αφενός στον υποσιτισμό (ανεπαρκής πρόσληψη θρεπτικών συστατικών), αφετέρου στην ενεργειακή υπερκατανάλωση, δηλαδή στην αυξημένη πρόσληψη θερμίδων. Οι κυριότεροι ανασταλτικοί παράγοντες που εμποδίζουν τις χαμηλού εισοδήματος ομάδες να επιτύχουν μια ισορροπημένη διατροφή, περιλαμβάνουν το κόστος, τη δυνατότητα πρόσβασης και τη γνώση των τροφίμων που ωφελούν ή βλάπτουν.⁴⁴

E) *Κοινωνικο – ψυχολογικοί παράγοντες*. Παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, η μόρφωση, οι εργασιακές συνθήκες, ο ελεύθερος χρόνος, ο οικογενειακός και ο κοινωνικός περίγυρος, η κοινωνική θέση, η ψυχολογική διάθεση,⁴⁵ ακόμα και τα βιώματα καθορίζουν άμεσα ή έμμεσα τις

⁴² Ζαμπέλας, Α. (2003). *Η διατροφή στα στάδια της ζωής*. Αθήνα : Πασχαλίδης

⁴³ Ζαμπέλας, Α. (2003). *Η διατροφή στα στάδια της ζωής*. Αθήνα : Πασχαλίδης

⁴⁴ Καπώλη, Γ. (χ.χ). «Κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές επιλογές». www.logodiatrofis.gr

⁴⁵ The European Food Information Council (2005). "*The Determinants of Food Choice*". www.eufic.org

διατροφικές επιλογές. Έρευνες έχουν δείξει, ότι τρώμε περισσότερο με τους φίλους και την οικογένειά μας, απ' ό,τι όταν τρώμε μόνοι και ότι η ποσότητα της τροφής αυξάνει όσο αυξάνει ο αριθμός των συνδαιτυμόνων.⁴⁶

Παράλληλα, οι οργανοληπτικές ιδιότητες των τροφίμων, όπως η γεύση, η οσμή ή η εμφάνιση, επηρεάζουν τις τροφικές μας επιλογές.⁴⁷ Μια πανευρωπαϊκή έρευνα για τη στάση των καταναλωτών απέναντι στα τρόφιμα, τη διατροφή και την υγεία, έδειξε ότι οι 5 πρώτοι παράγοντες που καθορίζουν την επιλογή των τροφίμων είναι «η ποιότητα – φρεσκάδα του προϊόντος» (74%), «το κόστος» (43%), «η γεύση» (38%), «η προσπάθεια για υγιεινή διατροφή» (32%) και «οι οικογενειακές προτιμήσεις» (29%). Στη μελέτη φάνηκε ακόμα ότι, για τις γυναίκες, για τους ηλικιωμένους ασθενείς και γι' αυτούς με υψηλό μορφωτικό επίπεδο, η «προσπάθεια για υγιεινή διατροφή» είχε τη μεγαλύτερη σημασία. Οι άνδρες, συχνότερα επέλεξαν τη «γεύση» και τη «συνήθεια» ως πιο καθοριστικούς παράγοντες για την επιλογή των τροφίμων τους, ενώ η επιλογή «το κόστος» φάνηκε να είναι πιο σημαντική για τους άνεργους και τους συνταξιούχους.⁴⁸

ΣΤ) *Ελεύθερος χρόνος*. Οι γρήγοροι ρυθμοί της καθημερινότητας, οι πολλές ώρες εργασίας, τα ακανόνιστα ωράρια απασχόλησης και η αίσθηση της έλλειψης χρόνου, περιγράφουν μερικώς τον σύγχρονο τρόπο ζωής. Αυτομάτως, τα χαρακτηριστικά αυτά συμβάλλουν στη διαμόρφωση των διατροφικών συνηθειών. Τα τελευταία χρόνια, έχει σημειωθεί σημαντική αύξηση στην κατανάλωση γρήγορου φαγητού (απ'έξω) ή έτοιμων προπαρασκευασμένων τροφίμων, ενώ τα οικογενειακά γεύματα τείνουν να παραγκωνιστούν. Οι συνθήκες αυτές συνοδεύονται, συνήθως, από μη υγιεινές διατροφικές επιλογές και συμβάλλουν στην εμφάνιση παχυσαρκίας και άλλων χρόνιων προβλημάτων υγείας, όπως καρδιαγγειακά, διαβήτη, καρκίνο.⁴⁹ Ο μειωμένος ελεύθερος χρόνος, δεν επιτρέπει σε πολλές οικογένειες, όπου εργάζονται και οι δύο γονείς, να φροντίσουν τον εαυτό και τα παιδιά τους μαγειρεύοντας υγιεινά γεύματα. Σύμφωνα με μελέτες, τα παιδιά των εργαζόμενων μητέρων, είναι λιγότερο υγιή και έχουν περισσότερες πιθανότητες να υιοθετήσουν ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες και έναν πιο καθιστικό τρόπο ζωής, σε σύγκριση με τα παιδιά μητέρων οι οποίες δεν εργάζονται.⁵⁰

Ζ) *Διαφήμιση*. Αν και η βάση της διατροφικής συμπεριφοράς τοποθετείται από το οικογενειακό περιβάλλον, τα τελευταία κυρίως χρόνια, παρατηρείται μεγάλο κύμα επιρροής από τα

⁴⁶ Καπόλη, Γ. (χ.χ). «Κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές επιλογές». www.logodiatrofis.gr

⁴⁷ The European Food Information Council (2004). "Why do we eat what we eat: Food choice a complex behavior". www.eufic.org

⁴⁸ Lennernäs, M., Fjellström, C., Becker, W., Giachetti, I., Schmitt, A., Remaut de Winter, A., Kearney, M. (1997). "Influences on food choice perceived to be important by nationally-representative samples of adults in the European Union". 51 Suppl 2:S8-15. www.pubmed.com

⁴⁹ Jabs, J., Devine, C.M. (2006). "Time scarcity and food choices: an overview". 47(2):196-204. www.pubmed.com

⁵⁰ Τσουλέα, Ρ. (01/10/09). «Μόνα στο σπίτι... και υπέρβαρα». ΤΑ ΝΕΑ. <http://ygeia.tanea.gr/>

M.M.E. και τις διαφημίσεις. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, οι συχνότερες επιλογές στην αγορά τροφίμων να βασίζονται στα διαφημιζόμενα προϊόντα, ανεξάρτητα από την ποσότητα ή την ποιότητά τους.⁵¹

2.4.1. Εργασία και διατροφή

Ο εργασιακός χώρος είναι το περιβάλλον όπου περισσότερο από το ήμισυ του παγκόσμιου πληθυσμού περνά το ¼ της ζωής του. Σήμερα, χαρακτηρίζεται ως παχυσαρκογενές. Αυτό οφείλεται τόσο στις συνθήκες εργασίας, όσο και στο ότι η ίδια η φύση της εργασίας έχει γίνει περισσότερο καθιστική και αυτοματοποιημένη σε πολλούς τομείς. Οι εργαζόμενοι υφίστανται άγχος και πίεση, διανύουν πολλές φορές μεγάλες αποστάσεις για να φτάσουν στον τόπο εργασίας τους, εργάζονται υπερωριακά, ενώ παράλληλα έχουν λιγότερες ευκαιρίες για σωματική δραστηριότητα και σωστή διατροφή.⁵² Αναπόφευκτα, λοιπόν, οι συνθήκες εργασίας επηρεάζουν άμεσα και έμμεσα τις διατροφικές συνήθειες των εργαζομένων.

Οι γρήγοροι και αγχώδεις ρυθμοί ζωής δεν δίνουν τον απαραίτητο χρόνο για να ασχοληθεί ο εργαζόμενος επαρκώς με τη διατροφή του. Το να φάει γίνεται, πλέον, ακόμη μια δουλειά που πρέπει να γίνει γρήγορα, όπως όλες οι άλλες. Δεν είναι σπάνιες οι φορές που παίρνει κάτι στα «πεταχτά» για να φάει, χωρίς χάσιμο χρόνου, γιατί πρέπει να προλάβει κάτι άλλο, σημαντικότερο. Επίσης, τα γεύματα εργασίας έχουν γίνει ρουτίνα πλέον. Μπορεί να τρώει στο χώρο εργασίας δουλεύοντας ή να οδηγεί για να πάει κάπου και για να μην χάσει χρόνο τρώει οδηγώντας.

Αποτελέσματα πρόσφατων επιδημιολογικών ερευνών, δείχνουν ότι οι εργαζόμενοι συχνά υιοθετούν λανθασμένες διατροφικές συνήθειες τόσο σε επίπεδο ποιότητας τροφίμων, όσο και σε επίπεδο θερμιδικού περιεχομένου των επιλογών τους. **Οι συνηθέστερες λανθασμένες συμπεριφορές που παρατηρούνται στους εργαζόμενους σχετικά με τη διατροφή είναι οι εξής:**⁵³

- **Παράλειψη πρωινού.** Οι περισσότεροι εργαζόμενοι και κυρίως όσοι δουλεύουν πολύ πρωινές ώρες, φεύγουν βιαστικά από το σπίτι και αμελούν να καταναλώσουν πρωινό. Η συνήθεια αυτή, αποτελεί μέγα διατροφικό σφάλμα, αφού το πρωινό είναι το βασικότερο γεύμα της ημέρας, καθώς παρέχει την ενέργεια αλλά και τα θρεπτικά συστατικά που χρειάζεται κανείς για να ξεκινήσει δυναμικά την ημέρα του. Δεδομένου του ότι, καθ' όλη τη διάρκεια της νύχτας μένει νηστικός, η κατανάλωση πρωινού είναι απαραίτητη για τη σωστή ρύθμιση των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα. Ένα πλούσιο πρωινό βοηθά επιπλέον στην ενεργοποίηση του μεταβολισμού. Ερευνητές από το πανεπιστήμιο του Erlangen της Γερμανίας έχουν διαπιστώσει ότι, η μέση διάρκεια ζωής των

⁵¹ Αμερικάνου, Μ., Καρμίρη, Β., Παπακώστα, Χ. (2003). *Στοιχεία ειδικής διατροφής*. Αθήνα : ΒΗΤΑ

⁵² *Obesity the Policy Challenges - The Report of The National Taskforce On Obesity*, Ireland 2005. http://www.dohc.ie/publications/pdf/report_taskforce_on_obesity.pdf

⁵³ Παπαλαζάρου, Α. (2008). «*Η διατροφή του εργαζόμενου*». www.nutrimed.gr

ατόμων που δεν τρώνε πρωινό είναι 2.5 χρόνια λιγότερο, από ότι οι άλλοι άνθρωποι.⁵⁴ Είναι σημαντικό να αναφερθεί, επίσης, ότι συχνά οι περισσότεροι εργαζόμενοι, καταναλώνουν πολλούς καφέδες κατά τη διάρκεια της ημέρας. Η υπερβολική κατανάλωση καφέ μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακές παθήσεις.⁵⁵

- **Παράλειψη κατανάλωσης ενδιάμεσων γευμάτων.** Παρατηρείται ότι, είτε λόγω αμέλειας, είτε λόγω «φόβου» πάχυνσης, οι περισσότεροι εργαζόμενοι δεν συνηθίζουν να καταναλώνουν ενδιάμεσα γεύματα. Η τακτική αυτή, το να μην τρώνε δηλαδή τίποτα μέχρι το απόγευμα που επιστρέφουν σπίτι, αντί να βοηθά να ρυθμίσουν το βάρος τους, αντιθέτως τους επιβαρύνει, καθώς αυτή η κατάσταση «νηστείας» οδηγεί σε υπερκατανάλωση φαγητού στα επόμενα γεύματα.

- **Επιλογή ακατάλληλων τροφίμων στα καθημερινά μικρογεύματα.** Είναι αρκετοί οι εργαζόμενοι, οι οποίοι δεν ανήκουν στην προηγούμενη κατηγορία, εκείνοι δηλαδή που κατανοούν τη σημασία της κατανάλωσης σνακ κατά τη διάρκεια της ημέρας. Ωστόσο, φαίνεται ότι οι περισσότεροι δεν κάνουν τις καταλληλότερες διατροφικές επιλογές, καταφεύγοντας σε ενεργειακά πυκνές επιλογές και στο λεγόμενο «τσιμπολόγημα», που έχει να κάνει με σοκολάτες, πατατάκια και έτοιμα αρτοσκευάσματα πλούσια σε λιπαρά και ζάχαρη.

- **Τα γεύματα δεν καταναλώνονται σε ένα ευχάριστο περιβάλλον και σε κατάσταση ψυχικής ηρεμίας, ενώ συνήθως υπάρχει και ελλιπής ενυδάτωση.**⁵⁶

- Τέλος, άλλο ένα διατροφικό σφάλμα που έχει γίνει συνήθεια για τους εργαζόμενους είναι η **παραγγελία έτοιμου φαγητού**. Πρόσφατη έρευνα του Πανελληνίου Συλλόγου Διαιτολόγων, έδειξε ότι το 28% των παχύσαρκων παραγγέλνει περισσότερες από 4 φορές την εβδομάδα έτοιμο φαγητό, ενώ μεταξύ ατόμων με φυσιολογικό βάρος το ποσοστό περιορίζεται στο 6%. Μάλιστα, η συνήθεια των παραγγελιών, είναι στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη στην Αθήνα, από ότι στην Ελληνική Περιφέρεια.⁵⁷

2.4.1.1. Το προφίλ των διατροφικών συνηθειών του εργαζόμενου

Ο χρόνος που περνά καθημερινά ο εργαζόμενος στον εργασιακό του χώρο είναι πολύς, ενώ ελάχιστες είναι οι ώρες που περνά στο σπίτι, με αποτέλεσμα να φαντάζει ακατόρθωτο να καταφέρει να τρώει τα βασικά γεύματα με το σωστό τρόπο και σε σταθερές ώρες.

Οι ολοένα αυξανόμενες ανάγκες του σύγχρονου τρόπου ζωής, κυρίως λόγω των εργασιακών συνθηκών και του χρόνου που ξοδεύεται στις μετακινήσεις, έχουν οδηγήσει σε

⁵⁴ Green, A. (2010). "Five eating habits cause harms on office workers". <http://health.ezinemark.com/five-eating-habits-cause-harms-on-office-workers-1710f1cfb79.html>

⁵⁵ Green, A. (2010). "Five eating habits cause harms on office workers". <http://health.ezinemark.com/five-eating-habits-cause-harms-on-office-workers-1710f1cfb79.html>

⁵⁶ Παπαλαζάρου, Α. (2008). «Η διατροφή του εργαζόμενου». www.nutrimed.gr

⁵⁷ Παπαλαζάρου, Α. (2008). «Έτοιμο φαγητό και παχυσαρκία». www.iatronet.gr

ραγδαία αύξηση τόσο της ζήτησης, όσο και της προσφοράς σε προπαρασκευασμένα τρόφιμα, που είναι έτοιμα να μαγειρευτούν ή τρόφιμα που παρασκευάζονται εκτός σπιτιού. Στην Ιρλανδία για παράδειγμα, τα ταχυφαγεία έχουν πολλαπλασιαστεί. Ενώ τα φρούτα, τα λαχανικά και άλλες υγιεινές επιλογές είναι επίσης διαθέσιμα, η επιθυμία για έτοιμα ή προμαγειρεμένα τρόφιμα φαίνεται να υπερνικά. Στις Η.Π.Α., η συνολική ενέργεια, τα λιπαρά, και η περιεκτικότητα σε νάτριο των τροφίμων που παρασκευάζονται έξω από το σπίτι, είναι σημαντικά υψηλότερη σε σχέση με αυτή των σπιτικών φαγητών. Αυτό αποδεικνύεται και από το ότι οι Αμερικανοί, οι οποίοι έχουν την τάση να τρώνε σε εστιατόρια, έχουν υψηλότερο ΔΜΣ από αυτούς που τείνουν να τρώνε στο σπίτι. Από την άλλη μεριά, οι Βρετανοί καταναλώνουν τρόφιμα τύπου φαστ φουντ, περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη χώρα στη Δυτική Ευρώπη. Μάλιστα, λέγεται ότι ο τομέας αυτός αναμένεται να αυξηθεί κατά 30% τα επόμενα 10 χρόνια.⁵⁸

Σύμφωνα, με την έρευνα για «τον τρόπο ζωής, τις στάσεις και τη διατροφή» (SLAN, 2002) στην Ιρλανδία, η πλειοψηφία του πληθυσμού δεν συνηθίζει να τρώει σε ακριβά εστιατόρια σε τακτική βάση, ενώ το 19% καταναλώνει τρόφιμα στο κυλικείο - εστιατόριο του χώρου εργασίας, το 12% σε άλλα εστιατόρια, το 15% σε καφετέριες, το 10% σε φαστ φουντ, ενώ το 6% παραγγέλνει φαγητό από εταιρίες παράδοσης (delivery) τουλάχιστον 1 φορά την εβδομάδα. Σε γενικές γραμμές, οι άνδρες τείνουν να καταναλώνουν τρόφιμα που παρασκευάζονται εκτός σπιτιού περισσότερο, σε σχέση με τις γυναίκες. Ακόμα, οι ηλικίες που καταναλώνουν συχνότερα έτοιμα φαγητά είναι από 18-34. Σε εβδομαδιαία βάση, τα φαστ φουντ, οι καφετέριες και τα εστιατόρια είναι τα πιο πολυσύχναστα.⁵⁹

Όσον αφορά στη χώρα μας, σε πανελλαδική έρευνα του ΚΕ.Π.Κ.Α (2006), για τις διατροφικές συνήθειες των Ελλήνων, όπου συμμετείχαν 790 καταναλωτές, μεταξύ άλλων, προκύπτει ότι το 51.78% έχει αλλάξει διατροφικές συνήθειες και μία από τις κύριες αιτίες είναι η εργασία (15.22%). Όσον αφορά στην κατανάλωση γευμάτων εκτός σπιτιού, το 36.57% τρώει εκτός σπιτιού, ενώ φαίνεται ότι, οι Έλληνες έχουν απομακρυνθεί από τη μεσογειακή διαίτα, η οποία είναι παράδοσή μας από τα αρχαία χρόνια. Χαρακτηριστικά, εξακολουθούν να καταναλώνουν, σχεδόν καθημερινά, λαχανικά, ψωμί και φρούτα, αρκετές φορές την εβδομάδα γλυκά και μερικές φορές γαλακτοκομικά. Επίσης, σε συχνή εβδομαδιαία βάση καταναλώνονται οι τηγανιτές πατάτες και τα αναψυκτικά, το κρέας καταναλώνεται λίγες φορές την εβδομάδα, ενώ το ψάρι και τα όσπρια λίγες φορές το μήνα, σε αντίθεση με τους κανόνες της μεσογειακής διαίτας.⁶⁰

Επιπλέον, από τα αποτελέσματα της μελέτης των Παπαδημητρίου, Μ., Γιαννόπουλου, Β.

⁵⁸ *Obesity the Policy Challenges - The Report of The National Taskforce On Obesity*, Ireland 2005. http://www.dohc.ie/publications/pdf/report_taskforce_on_obesity.pdf

⁵⁹ *Obesity the Policy Challenges - The Report of The National Taskforce On Obesity*, Ireland 2005. http://www.dohc.ie/publications/pdf/report_taskforce_on_obesity.pdf

⁶⁰ Κέντρο Προστασίας Καταναλωτών (ΚΕ.Π.Κ.Α.) (2006). «Οι διατροφικές συνήθειες των Ελλήνων καταναλωτών». <http://kepka.org/>

και Καραγιαννόπουλου, Α. (2002), σε 100 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού, 21-60 χρόνων, τα οποία εργάζονταν στο Γενικό Νοσοκομείο «Άγιος Ανδρέας» Πατρών και στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών (Ρίου), με σκοπό τη διερεύνηση των επιπτώσεων του επαγγέλματος στη διατροφή, προέκυψε ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων προτιμά την κατανάλωση πρωτεϊνών και κυρίως κρέατος στο κυριότερο γεύμα της ημέρας, το μεσημεριανό (69%).⁶¹

Από την πανελλαδική έρευνα «Διατροφικές στάσεις, αντιλήψεις και συνήθειες των Ελλήνων πολιτών» (2007), προκύπτει ότι το 72-75% των μισθωτών Ιδιωτικού και Δημόσιου Τομέα, τρώνε εκτός σπιτιού σε ποσοστό πάνω από 65%, ανάμεσα σε άλλες κοινωνικές κατηγορίες, όπως φοιτητές, απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, ανύπαντροι κ.λπ.⁶² Επίσης, μελέτη που διενήργησε η Alco, για λογαριασμό των Europe Corporate Games 2007 και της Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας Παχυσαρκίας, για τις διατροφικές συνήθειες και τον τρόπο ζωής των εργαζομένων στην Ελλάδα, έδειξε, μεταξύ άλλων, ότι οι Έλληνες εργαζόμενοι τρώνε έτοιμο ή πρόχειρο φαγητό, κατά μέσο όρο 4 φορές την εβδομάδα.⁶³

Ακόμα, σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια μεταπτυχιακής εργασίας, σε 202 μόνιμους εκπαιδευτικούς, όλων των ειδικοτήτων οποιασδήποτε βαθμίδας (Γυμνάσια, Ενιαία Λύκεια, Εσπερινό Γυμνάσιο και Λύκειο, Τεχνικά Επαγγελματικά Εκπαιδευτήρια και Μουσικό Γυμνάσιο) στο Νομό Ηρακλείου, το 2004, από την Γιαννοπούλου, του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης, με θέμα «*Συνήθειες υγείας και στάσεις των καθηγητών μέσης εκπαίδευσης σε θέματα αγωγής υγείας*», προέκυψαν τα ακόλουθα. Μόνο το 25% των εκπαιδευτικών της μέσης εκπαίδευσης χαρακτηρίστηκαν με καλή διατροφή, ενώ οι υπόλοιποι ανέφεραν αυξημένη κατανάλωση κόκκινου κρέατος και μειωμένη κατανάλωση ψαριών, λαχανικών, φρούτων και γαλακτοκομικών.⁶⁴

Ακόμα, σύμφωνα με έρευνα, στα πλαίσια μεταπτυχιακής διατριβής, που πραγματοποιήθηκε από την Βαστάρδη, του Τμήματος Επιστήμης – Διαιτολογίας και Διατροφής του Χαροκοπείου Πανεπιστημίου, το 2008, με θέμα την «*Καταγραφή και αξιολόγηση γνώσεων, αντιλήψεων και συμπεριφορών σε θέματα διατροφής και υγείας σε εκπαιδευτικούς (προσωπικό) δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης*», προέκυψαν τα παρακάτω. Οι ερωτώμενοι ήταν 331 άτομα, από τα οποία 22 ήταν διευθυντές σχολείων, 22 ήταν ιδιοκτήτες κυλικείων, 30 ήταν καθηγητές φυσικής αγωγής και 248

⁶¹ Παπαδημητρίου, Μ., Γιαννοπούλου, Β., Καραγιαννοπούλου, Α. (2002). «*Οι Επιπτώσεις του Επαγγέλματος στη Διατροφή του Νοσηλευτικού Προσωπικού*». ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ 41(3), 329-336. <http://iatrotek.org>

⁶² Γενική Γραμματεία Καταναλωτή (2007). «*Διατροφικές στάσεις, αντιλήψεις και συνήθειες των Ελλήνων πολιτών*». <http://www.publicissue.gr/492/diatrofi-2007/>

⁶³ http://fysei.blogspot.com/2008/10/blog-post_24.html (24/10/2008). «*Έλληνες και Διατροφή*». Paxysarkia.gr

⁶⁴ Μεταπτυχιακή Εργασία: Γιαννοπούλου, Ε. (2005). *Συνήθειες υγείας και στάσεις των καθηγητών μέσης εκπαίδευσης σε θέματα αγωγής υγείας*. Πανεπιστήμιο Κρήτης

ήταν καθηγητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης του γυμνασίου άλλων ειδικοτήτων, εκτός της ειδικότητας της φυσικής αγωγής, ενώ μόλις 9 (2.7%) ήταν οι υπεύθυνοι αγωγής υγείας στους κατά τόπους Νομούς. Όπως διαπιστώθηκε, η διατροφή του δείγματος δεν ήταν αρκετά καλή. Η πλειοψηφία (55%) κατανάλωνε κόκκινο κρέας 2-3 φορές την εβδομάδα, ενώ το 39% κατανάλωνε 0-1 φορά την εβδομάδα. Αντιθέτως, η κατανάλωση ψαριού 4-5 φορές την εβδομάδα, που αποτελεί και την ιδανική, φαίνεται πως γινόταν μόνο από το 3%, ενώ η πλειοψηφία του δείγματος (67%) κατανάλωνε ψάρι μόνο 0-1 φορά την εβδομάδα. Στις υπόλοιπες διατροφικές ομάδες, η ιδανική κατανάλωση (δηλαδή καθημερινά) είχε: λαχανικά 29%, φρούτα 50%, όσπρια 0%, γαλακτοκομικά 61%.⁶⁵

Επιπρόσθετα, κοινό στοιχείο μεταξύ των διατροφικών συνηθειών των εργαζομένων είναι η παράλειψη βασικών γευμάτων, όπως το πρωινό κατά κύριο λόγο. Συνήθως το πρωί, από τη βιασύνη και το άγχος να προλάβουν να φύγουν έγκαιρα για τη δουλειά, πολλοί πίνουν βιαστικά έναν καφέ και φεύγουν, ενώ άλλοι φεύγουν απ' το σπίτι με τελείως άδειο στομάχι. Ωστόσο, αρκετοί δεν γευματίζουν ούτε στο χώρο εργασίας, είτε επειδή το ξεχνούν λόγω φόρτου, είτε επειδή δεν έχουν χρόνο και το παραλείπουν. Άλλοι πάλι, συνήθως, τσιμπολογούν διάφορα σνακ ή παραγγέλνουν κάτι πρόχειρο απ' έξω.

Σύμφωνα με την πανελλαδική έρευνα της MRB Hellas (2006), διαπιστώθηκε ότι τα γεύματα που καταναλώνονται κατά τη διάρκεια της ημέρας είναι κυρίως το μεσημεριανό (93.1%), το βραδινό (73.4%), ενώ ακολουθεί το πρωινό (62.2%) και έπεται το δεκατιανό (31%). Από την έρευνα διαπιστώθηκε επίσης, ότι το 17% του δείγματος δεν κατανάλωνε ούτε πρωινό ούτε δεκατιανό, ενώ ολοκληρωμένο πρωινό (κάτι περισσότερο από γάλα ή καφέ) κατανάλωνε το 56%.⁶⁶ Επιπρόσθετα, όπως φαίνεται και από την έρευνα του ΚΕ.Π.Κ.Α (2006), παρά την αλλαγή του τρόπου ζωής (συνεχές ωράριο, περισσότερες ώρες εργασίας κ.λπ.), οι Έλληνες θεωρούν το μεσημεριανό γεύμα ως βασικό και δεν το παραλείπουν, ενώ παραλείπουν αρκετά από τα υπόλοιπα βασικά γεύματα και κυρίως το πρωινό, το οποίο καταναλώνεται με συχνότητα 3 φορές την εβδομάδα και τα απαραίτητα ενδιάμεσα μικρογεύματα, τα οποία καταναλώνονται με συχνότητα 1 φορά την εβδομάδα.⁶⁷

Ακόμα, τα στοιχεία της έρευνας Hellas Health I (2006), έδειξαν ότι περίπου το 52% των ατόμων είχαν πρωινό περισσότερες από τις μισές μέρες της εβδομάδας, ενώ το 1/3 των ερωτηθέντων δεν κατανάλωνε ποτέ πρωινό. Η συνήθεια του πρωινού σχετίζεται σημαντικά με τη

⁶⁵ Διδακτορική Διατριβή: Βαστάρδη, Μ. (2007-2008). *Καταγραφή και αξιολόγηση γνώσεων, αντιλήψεων και συμπεριφορών σε θέματα διατροφής και υγείας σε εκπαιδευτικούς (προσωπικό) δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης*. Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

⁶⁶ Ίδρυμα «Αριστείδης Δασκαλόπουλος» (2006). «Πανελλήνια Ποσοτική Έρευνα Διατροφικών Συνηθειών 2006». <http://www.iad.gr/ver2/site/content.php?artid=225>

⁶⁷ Κέντρο Προστασίας Καταναλωτών (ΚΕ.Π.Κ.Α.) (2006). «Οι διατροφικές συνήθειες των Ελλήνων καταναλωτών». <http://kepka.org/>

διάσταση «ψυχική υγεία» της ποιότητας ζωής. Δηλαδή, τα άτομα που συνηθίζουν να παίρνουν τακτικά πρωινό, δηλώνουν και σημαντικά καλύτερη ψυχική υγεία σε σχέση με τα άτομα που δεν τρώνε πρωινό.⁶⁸

Πολλοί εργαζόμενοι γραφείου δουλεύουν κατά τη διάρκεια της εργάσιμης ημέρας χωρίς πρόγευμα, σύμφωνα με μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε από την εταιρεία Ipsos Mori για την BaxterStorey, ενώ μερικοί αγνοούν τόσο το πρόγευμα όσο και το μεσημεριανό γεύμα. Το εκτιμώμενο κόστος στο έθνος (Αγγλία, Σκωτία, Ουαλία) μόνο της παράκαμψης του προγεύματος, ανέρχεται σε 8.1 δισεκατομμύρια αγγλικές λίρες ή 46.5 εκατομμύρια χαμένες εργάσιμες ημέρες σε χαμένη παραγωγικότητα. Όταν οι συνήθειες φτωχής διατροφής, όπως το να μην καταναλώνει κάποιος πρόγευμα και μεσημεριανό γεύμα ή το να μην καταναλώνει πρόγευμα και ενδιάμεσο γεύμα, συμπεριλαμβάνονται στο κόστος, το κόστος της χαμένης παραγωγικότητας εκτοξεύεται σε 16.85 δισεκατομμύρια αγγλικές λίρες ή σχεδόν 97 εκατομμύρια εργάσιμες ημέρες.

Η μελέτη αυτή, σκόπευε να διερευνήσει περισσότερο για τις συνήθειες κατανάλωσης των εργαζομένων γραφείου κατά τη διάρκεια της εργάσιμης ημέρας τους, από το πρόγευμα μέχρι όταν αφήνουν την εργασία και στο πώς εκείνες οι συνήθειες έχουν αντίκτυπο στην παραγωγικότητα. Τα αποτελέσματα ήταν τα εξής :

→ Περισσότερο από το $\frac{1}{3}$ των εργαζομένων γραφείου, είτε δεν παίρνει ποτέ πρόγευμα, είτε παίρνει μόνο 1-3 φορές εβδομαδιαίως

→ Το 32% από εκείνους που δεν τρώνε ποτέ πρόγευμα, δεν καταναλώνουν ούτε κάποιο ενδιάμεσο σνακ

→ Μόνο το 63% των εργαζομένων παίρνει πρόγευμα 5 φορές εβδομαδιαίως

→ Το 2.5% των εργαζομένων δεν παίρνει ποτέ πρόγευμα και μεσημεριανό γεύμα

→ Οι περισσότεροι υπάλληλοι (92%) έχουν μεσημεριανό γεύμα (συνήθως σάντουιτς το 68%), αλλά δεν πίνουν αρκετά υγρά κατά τη διάρκεια της ημέρας. Τα επίπεδα πρόσληψης υγρών, είναι κάτω από αυτό που πρέπει να είναι για τη βέλτιστη υγεία και την απόδοση (με μόνο 11% να πίνουν τα συνιστώμενα 8 ή περισσότερα ποτήρια νερό κατά τη διάρκεια της εργάσιμης ημέρας)

→ Το 78% είναι συχνοί καταναλωτές ενδιάμεσων σνακς, αλλά οι περισσότεροι από τους μισούς «τσιμπούν» πατατάκια και μπισκότα (20% και 27% αντίστοιχα) στον εργασιακό τους χώρο.⁶⁹

Σύμφωνα με μελέτη από το Διεθνές Γραφείο Εργασίας (ILO) «η κακή διατροφή στην εργασία κοστίζει στις χώρες σε όλο τον κόσμο μέχρι και 20% σε χαμένη παραγωγικότητα, είτε οφειλόμενη στον υποσιτισμό, που επηρεάζει 1 δισεκατομμύριο ανθρώπους στις αναπτυσσόμενες

⁶⁸ Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών (2007). «*Η Υγεία του Ελληνικού Πληθυσμού*». www.neahygeia.gr

⁶⁹ Ipsos Mori (2007). "*Survey of Office Workers' Eating Habits for BaxterStorey Reveals a Gaping Hole in the Nation's Appetite, Leading to Almost GBP17bn in Lost Productivity, Equivalent to Nearly 97m Lost Working Days a Year*". <http://www.prnewswire.co.uk/cgi/news/release?id=213481>

χώρες, είτε λόγω του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας, που πλήττει έναν ίσο αριθμό, κυρίως στις βιομηχανοποιημένες οικονομίες».

Πολύ συχνά, το φαγητό στην εργασία θεωρείται σαν μια πολυτέλεια ή σαν ένα εμπόδιο από τους εργοδότες και είναι συνήθως μια «χαμένη ευκαιρία» να αυξηθεί η παραγωγικότητα και το ηθικό. Οι καντίνες, εάν υπάρχουν, συνήθως προσφέρουν μια ανθυγιεινή και μονότονη επιλογή. Οι μηχανές πώλησης, εφοδιάζονται τακτικά με ανθυγιεινά σνακ. Τα τοπικά εστιατόρια, ενδέχεται να είναι ακριβά ή λίγα στον αριθμό. Το «φαγητό του δρόμου» μπορεί να είναι γεμάτο με βακτηρίδια. Οι εργαζόμενοι, μερικές φορές, δεν έχουν καθόλου χρόνο ή χώρο για να φάνε ή καθόλου χρήματα για να αγοράσουν φαγητό.⁷⁰

Όπως προαναφέρθηκε, ο χρόνος είναι πολύτιμος για αυτούς που εργάζονται και πολλοί είναι αυτοί που υπό πίεση χρόνου δεν διακόπτουν την εργασία τους και γευματίζουν στο γραφείο, ενώ άλλοι το ξεχνούν ή αναγκάζονται να το παραλείψουν. Σύμφωνα με έρευνα, 1 στους 3 Βρετανούς εργαζομένους γευματίζει το βράδυ στο γραφείο του, ενώ το 26% έχει με την οικογένειά του μόνο το δείπνο τα Σαββατοκύριακα.⁷¹

Σύμφωνα με μελέτη των Koleva et al., μεταξύ 264 εργαζομένων, η υπερενεργητική διατροφή ήταν χαρακτηριστική για το 67% των εργαζομένων, λόγω της πρόσθετης λήψης λίπους, γεγονός που παρατηρήθηκε στο 87.9% των ατόμων που εξετάστηκαν. Η καθημερινή κατανάλωση λίπους, πάνω από 40%, ήταν χαρακτηριστική για σχεδόν τις μισές από τις γυναίκες (45.9%). Όλες οι ηλικιακές ομάδες, αλλά και τα δύο φύλα, έδειξαν ότι είχαν διατροφή υψηλή σε πρωτεΐνη, με έντονο το έλλειμμα κυτταρίνης (ίνα) και μια υψηλή καθημερινή κατανάλωση νατρίου. Συνολικά, το 67% των εργαζομένων, είχε μεγάλο ΔΜΣ. Η εμφάνιση υπέρτασης ήταν αυξημένη στα παχύσαρκα και τα υπέρβαρα άτομα, ενώ οι στεφανιαίες καρδιακές παθήσεις ήταν σπάνιες, αλλά οι περιπτώσεις που καταχωρήθηκαν, ήταν μεταξύ των υπέρβαρων εργαζομένων. Η εμφάνιση νευροπάθειας μεταξύ των εργαζομένων με φυσιολογικό δείκτη μάζα σώματος, ήταν διπλά χαμηλότερη σε σύγκριση με τους υπέρβαρους και τους παχύσαρκους.⁷²

Παράλληλα, σύμφωνα με έρευνα των Ratner et al., σε 1.745 εργαζομένους του Ιδιωτικού και Δημόσιου Τομέα στη Χιλή, 38 ετών και άνω, βρέθηκε ότι οι συνήθειες σίτισής τους χαρακτηρίζονταν από μικρή κατανάλωση φρούτων, λαχανικών, ψαριών και γαλακτοκομικών και μεγάλη κατανάλωση λίπους και ζάχαρης. Αξιοσημείωτο είναι, επίσης, το γεγονός ότι, το 88% των εργαζομένων δεν αθλούνταν, με αποτέλεσμα το 42% να είναι υπέρβαροι, το 18% παχύσαρκοι, το 39% με υψηλή χοληστερόλη αίματος, το 23% με υπέρταση και το 4% με διαβήτη.⁷³

⁷⁰ www.healthgeneration.com (χ.χ.). "Nutrition in the workplace"

⁷¹ www.newleafsearch.com (2010). "A third of workers eat evening meals at their desk"

⁷² Koleva, M., Kadiiska, A., Markovska, V., Nacheva, A., Boev, M. (2000). "Nutrition, nutritional behavior, and obesity". 8(1):10-3. www.pubmed.com

⁷³ Ratner, R., Sabal, J., Hernández, P., Romero, D., Atalah, E. (2008). "Nutritional status and lifestyles of workers from two regions in Chile". 136(11):1406-14. www.pubmed.com

2.4.1.2 Παράγοντες που επιδρούν στις διατροφικές συνήθειες του εργαζόμενου

Οι τροφικές επιλογές των εργαζομένων έχουν συσχετιστεί με τα επαγγελματικά τους χαρακτηριστικά, όπως είναι το αντικείμενο και η θέση εργασίας. Εργαζόμενοι σε χαμηλόβαθμες θέσεις, με χαμηλές απολαβές, με κακές επαγγελματικές συνθήκες και μικρή δύναμη εξουσίας, φαίνεται να ακολουθούν λιγότερο υγιεινή διατροφή σε σχέση με άτομα που κατέχουν θέσεις εργασίας υψηλότερου κύρους και με λιγότερες απαιτήσεις.⁷⁴ Έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 8.960 άτομα από το Ελσίνκι, έδειξε ότι οι διατροφικές συνήθειες των εργαζομένων συσχετίζονται και με την κοινωνικο - οικονομική τους θέση. Άτομα που κατείχαν χαμηλότερες οικονομικά θέσεις, ήταν λιγότερο πιθανό να αναφέρουν υγιεινές διατροφικές συνήθειες.⁷⁵ Η ίδια διάκριση παρατηρείται και στην κατανάλωση φρούτων και λαχανικών. Οι υψηλόμισθοι τείνουν να καταναλώνουν περισσότερα φρούτα και λαχανικά από τους χαμηλόμισθους.⁷⁶

Επιπλέον, το εργασιακό ωράριο, η επαγγελματική ιδιότητα, ο τρόπος πληρωμής (ωριαίοι έναντι μισθωτών) και τέλος η πίεση που υφίσταται ο εργαζόμενος, είναι παράμετροι που συνηγορούν στην αύξηση του σωματικού βάρους.^{77,78} Σημειώνεται ότι, οι εργαζόμενοι που εκτίθενται σε ρυπογόνους παράγοντες τείνουν να επιλέγουν τρόφιμα χαμηλής διατροφικής αξίας. Η λανθασμένη διαιτητική συμπεριφορά, δεν φαίνεται να είναι λόγω άγνοιας των συστάσεων, απλώς το μεγαλύτερο ποσοστό των ανθρώπων δυσκολεύεται να τις ενσωματώσει στον απαιτητικό τρόπο ζωής του.⁷⁹

Οι απαιτητικές συνθήκες εργασίας «επιτρέπουν» ελάχιστο ελεύθερο χρόνο, με αποτέλεσμα να παραλείπονται γεύματα κατά τη διάρκεια της ημέρας. Συν τοις άλλοις, εξαντλούνται οι ψυχικές και σωματικές δυνάμεις του ατόμου, χάνει τη διάθεση του για μαγείρεμα ή προετοιμασία φαγητού και τελικά καταφεύγει στη γρήγορη και εύκολη λύση των ταχυφαγείων.⁸⁰

⁷⁴ Devine, C.M., Connors, M.M., Sobal, J., Bisogni, C.A. (2003). "Sandwiching it in: spillover of work onto food choices and family roles in low -and moderate- income urban households". 56(3):617-30. www.pubmed.com. ΠΗΓΗ : Καπίρη Ελπινίκη

⁷⁵ Lallukka, T., Laaksonen, M., Rahkonen, O., Roos, E., Lahelma, E. (2007) "Multiple socio-economic circumstances and healthy food habits". 61(6):701-10. www.pubmed.com. ΠΗΓΗ : Καπίρη Ελπινίκη

⁷⁶ Devine, C.M., Connors, M.M., Sobal, J., Bisogni, C.A. (2003). "Sandwiching it in: spillover of work onto food choices and family roles in low -and moderate- income urban households". 56(3):617-30. www.pubmed.com. ΠΗΓΗ : Καπίρη Ελπινίκη

⁷⁷ Devine, C.M., Connors, M.M., Sobal, J., Bisogni, C.A. (2003). "Sandwiching it in: spillover of work onto food choices and family roles in low -and moderate- income urban households". 56(3):617-30. www.pubmed.com. ΠΗΓΗ : Καπίρη Ελπινίκη

⁷⁸ Devine, C.M., Farrell, T.J., Blake, C.E., Jastran, M., Wethington, E., Bisogni, C.A. (2009). "Work conditions and the food choice coping strategies of employed parents". 41(5):365-70. www.pubmed.com. ΠΗΓΗ : Καπίρη Ελπινίκη

⁷⁹ Devine, C.M., Connors, M.M., Sobal, J., Bisogni, C.A. (2003). "Sandwiching it in: spillover of work onto food choices and family roles in low -and moderate- income urban households". 56(3):617-30. www.pubmed.com. ΠΗΓΗ : Καπίρη Ελπινίκη

⁸⁰ Devine, C.M., Connors, M.M., Sobal, J., Bisogni, C.A. (2003). "Sandwiching it in: spillover of work onto food choices and family roles in low -and moderate- income urban households". 56(3):617-30. www.pubmed.com. ΠΗΓΗ : Καπίρη Ελπινίκη

Ενδεικτικά, θα μπορούσε να αναφερθεί ότι, οι διατροφικές επιλογές των εργαζομένων επηρεάζονται από παράγοντες όπως, η απουσία ελεύθερου χρόνου, η οικογενειακή κατάσταση, η οικονομική κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, το αντικείμενο - θέση εργασίας και το εργασιακό ωράριο, η εκδήλωση ενδιαφέροντος για τον τρόπο διατροφής, η κατάσταση υγείας, η ηλικία και το φύλο :

1) Απουσία ελεύθερου χρόνου. Η έρευνα «Στάση των καταναλωτών στα τρόφιμα, τη διατροφή και την υγεία», η οποία εξέτασε περισσότερους από 14.000 ανθρώπους στην Ε.Ε., διαπίστωσε ότι η έλλειψη χρόνου, λόγω των ακανόνιστων ωραρίων απασχόλησης και του πολυάσχολου τρόπου ζωής, είναι το πιο συχνά αναφερόμενο εμπόδιο στην υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών συνηθειών στους ανθρώπους. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων, θεωρούν ότι η υγιεινή διατροφή είναι δύσκολη και κοπιαστική.⁸¹

Επίσης, σε έρευνα, στα πλαίσια πτυχιακής εργασίας, που έγινε σε 149 εργαζόμενους, 19-64 ετών, εκ των οποίων το 34.9% ήταν άνδρες και το 65.1% γυναίκες, σε 8 ενότητες της περιφέρειας Αττικής, με βάση το πρόγραμμα Καλλικράτης, από την Καπίρη, του Τμήματος Επιστήμης Διαιτολογίας και Διατροφής του Χαροκοπείου Πανεπιστημίου, με θέμα «*Παράγοντες που επιδρούν στην επιλογή τροφής και τις γευματικές συνήθειες στο χώρο εργασίας*», προέκυψαν τα ακόλουθα. Το 86% των εργαζομένων, έδωσε αρνητική απάντηση στην ερώτηση, «αν αισθάνεται ότι ο διαθέσιμος χρόνος του, του επιτρέπει να ακολουθεί έναν υγιεινό τρόπο διατροφής». Μάλιστα, βρέθηκε ότι, αυτοί που διαθέτουν ελάχιστο ελεύθερο χρόνο στην καθημερινότητά τους, τείνουν να καταναλώνουν συχνότερα τοστ – σάντουιτς, είδη αρτοποιείου τύπου τυρόπιτα και αναψυκτικά όσο βρίσκονται στο χώρο εργασίας τους.⁸²

2) Οικογενειακή κατάσταση. Η διαιτητική συμπεριφορά των ατόμων φαίνεται να είναι διαφορετική, ανάλογα με το αν τα άτομα είναι παντρεμένα, μόνα, με παιδιά ή χωρίς παιδιά.⁸³ Συγκεκριμένα, ο γάμος παρουσιάζει θετική συσχέτιση με τη συμπεριφορά των ατόμων αναφορικά με τη διατροφή. Οι παντρεμένοι άνδρες και γυναίκες, τείνουν να ακολουθούν έναν πιο υγιεινό τρόπο διατροφής σε σχέση με τους ανύπαντρους και ιδίως οι γυναίκες, διότι συνήθως αυτές είναι υπεύθυνες (κατά τα πρότυπα της κοινωνίας) για τον έλεγχο της διατροφής και της υγείας των άλλων μελών της οικογένειας.^{84,85}

⁸¹ The European Food Information Council (1998). *"Healthy eating can be a positive experience"*. www.eufic.org

⁸² Πτυχιακή Εργασία : Καπίρη, Ε. (χ.χ.). *Παράγοντες που επιδρούν στην επιλογή τροφής και τις γευματικές συνήθειες στο χώρο εργασίας*. Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

⁸³ Lawrence, W., Barker, M. (2009). *"A review of factors affecting the food choices of disadvantaged women"*. 68(2):189-94. www.pubmed.com. ΠΗΓΗ : Καπίρη Ελπινίκη

⁸⁴ Roos, E., Lahelma, E., Virtanen, M., Prättälä, R., Pietinen, P. (1998). *"Gender, socioeconomic status and family status as determinants of food behaviour"*. 46(12):1519-29. www.pubmed.com. ΠΗΓΗ : Καπίρη Ελπινίκη

⁸⁵ Wickrama, K., Conger, R.D., Lorenz, F.O. (1995). *"Work, marriage, lifestyle, and changes in men's physical health"*. 18(2):97-111. www.pubmed.com. ΠΗΓΗ : Καπίρη Ελπινίκη

Αναφορικά με τα παιδιά, μελέτες δείχνουν ότι, η ύπαρξη παιδιών στην οικογένεια έχει ευεργετικά αποτελέσματα στον τρόπο διατροφής των ενηλίκων. Οι γονείς παίζουν σημαντικό ρόλο τόσο στη διαμόρφωση των διατροφικών συνηθειών, όσο και στις αντιλήψεις των παιδιών αναφορικά με θέματα διατροφής.^{86,87} Πιθανόν, αυτός να είναι και ο λόγος που οι έχοντες παιδιά τείνουν να ακολουθούν έναν πιο υγιεινό τρόπο διατροφής σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν.

3) Οικονομική κατάσταση. Μελέτες δείχνουν ότι άτομα χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου είναι πιο πιθανό να δηλώνουν τροφικές επιλογές ασύμφωνες με τις διατροφικές συστάσεις και γενικότερα να υιοθετούν κακή ποιότητα διατροφής^{88,89} σε σχέση με άτομα υψηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Έρευνες απευθυνόμενες στον ευρωπαϊκό πληθυσμό, δείχνουν ότι η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών είναι μεγαλύτερη στις υψηλές κοινωνικές τάξεις. Συν τοις άλλοις, άτομα χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου συνδέονται με αυξανόμενη εμφάνιση παραγόντων κινδύνου καρδιαγγειακών παθήσεων όπως, υπέρταση, καθιστική ζωή, ανθυγιεινές διαιτητικές συνήθειες, κάπνισμα,⁹⁰ ενώ παρουσιάζουν και 1.60 φορές υψηλότερο κίνδυνο θνησιμότητας από άτομα υψηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου.⁹¹

4) Μορφωτικό επίπεδο. Σύμφωνα με μελέτες τα άτομα υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου συνδέονται με ένα πιο υγιεινό διαιτητικό προφίλ σε σχέση με τα άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου.^{92,93} Η έρευνα σχετικά με τις «Διατροφικές στάσεις, αντιλήψεις και συνήθειες των Ελλήνων πολιτών» (2007), έδειξε ότι τα άτομα με ανώτερη εκπαίδευση καταναλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα φαγητό εκτός σπιτιού, σε σχέση με τα άτομα μέσης και κατώτερης, με ποσοστά 73% σε σχέση με 64% και 21% αντίστοιχα.⁹⁴ Αντίθετα, άλλη έρευνα, των Blanck et al., σε 1.918 εργαζόμενους στις Η.Π.Α., έδειξε ότι οι λιγότερο μορφωμένοι προτιμούσαν περισσότερο

⁸⁶ Lessard, J., Greenberger, E., Chen, C. (2010). "Adolescents' response to parental efforts to influence eating habits: when parental warmth matters". 39(1):73-83. www.pubmed.com. ΠΗΓΗ : Καπίρη Ελπινίκη

⁸⁷ Lazarou, C., Kalavana, T., Matalas, A.L. (2008). "The influence of parents' dietary beliefs and behaviours on children's dietary beliefs and behaviours". 51(3):690-6. www.pubmed.com. ΠΗΓΗ : Καπίρη Ελπινίκη

⁸⁸ Devine, C.M., Connors, M.M., Sobal, J., Bisogni, C.A. (2003). "Sandwiching it in: spillover of work onto food choices and family roles in low -and moderate- income urban households". 56(3):617-30. www.pubmed.com. ΠΗΓΗ : Καπίρη Ελπινίκη

⁸⁹ Roos, E., Lahelma, E., Virtanen, M., Prättälä, R., Pietinen, P. (1998). "Gender, socioeconomic status and family status as determinants of food behaviour". 46(12):1519-29. www.pubmed.com. ΠΗΓΗ : Καπίρη Ελπινίκη

⁹⁰ Panagiotakos, D.B., Pitsavos, C., Chrysohoou, C., Vlismas, K., Skoumas, Y., Palliou, K., Stefanadis, C. (2008). "Dietary habits mediate the relationship between socio-economic status and CVD factors among healthy adults: the ATTICA study". 11(12):1342-9. www.pubmed.com. ΠΗΓΗ : Καπίρη Ελπινίκη

⁹¹ Stringhini, S., Sabia, S., Shipley, M., Brunner, E., Nabi, H., Kivimaki, M., Singh-Manoux, A. (2010). "Association of socioeconomic position with health behaviors and mortality". 303(12):1159-66. www.pubmed.com. ΠΗΓΗ : Καπίρη Ελπινίκη

⁹² Devine, C.M., Connors, M.M., Sobal, J., Bisogni, C.A. (2003). "Sandwiching it in: spillover of work onto food choices and family roles in low- and moderate-income urban households". 56(3):617-30. www.pubmed.com. ΠΗΓΗ : Καπίρη Ελπινίκη

⁹³ GPOW; Guidelines for the Prevention of Obesity at the Workplace. <http://www.gpow.eu>. ΠΗΓΗ : Καπίρη Ελπινίκη

⁹⁴ Γενική Γραμματεία Καταναλωτή (2007). «Διατροφικές στάσεις, αντιλήψεις και συνήθειες των Ελλήνων πολιτών». <http://www.publicissue.gr/492/diatrofi-2007/>

τα μέρη γρήγορου γεύματος.⁹⁵

5) Αντικείμενο – θέση εργασίας και εργασιακό ωράριο. Χαμηλές θέσεις εργασίας, υψηλές εργασιακές απαιτήσεις, καθώς και έλλειψη ελέγχου στην εργασία, συνδέονται με μη υγιεινές διατροφικές επιλογές σε σχέση με άτομα που κατέχουν θέσεις εργασίας υψηλού κύρους. Για παράδειγμα, ανώτερα διοικητικά στελέχη υπηρεσιών δεν φαίνεται να αντιμετωπίζουν συχνά οικονομικά εμπόδια αναφορικά με την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, σε σχέση με το υπόλοιπο εργατικό δυναμικό.^{96,97} Συν τοις άλλοις, οι πιεστικές και αγχώδεις συνθήκες εργασίας καθώς και οι έντονες εργασιακές απαιτήσεις, μπορούν να συνδεθούν με δυσμενείς συμπεριφορές αναφορικά με θέματα υγείας, ενώ αυξάνουν τον κίνδυνο για καρδιαγγειακά.^{98,99}

Τα ευρήματα της μελέτης της Καπίρη δείχνουν ότι, οι υπάλληλοι γραφείου πραγματοποιούν πιο υγιεινές τροφικές επιλογές σε σύγκριση με άλλα επαγγέλματα όπως, απασχολούμενοι στην παροχή υπηρεσιών, ανώτερα διοικητικά στελέχη και καθηγητές. Συγκεκριμένα, οι υπάλληλοι γραφείου τείνουν να καταναλώνουν συχνότερα μαγειρεμένο φαγητό, σαλάτα, φρούτα και χυμούς, ενώ δεν καταναλώνουν συχνά σνακ τύπου πατατάκια στο χώρο εργασίας. Όσον αφορά στο εργασιακό ωράριο, από την ίδια μελέτη προκύπτει ότι, το 61.1% του δείγματος, επιλέγει τα τρόφιμα που καταναλώνει με βασικό κριτήριο το ωράριο εργασίας του.¹⁰⁰

6) Εκδήλωση ενδιαφέροντος για τον τρόπο διατροφής. Η διάθεση του ατόμου για ενημέρωση, προβληματισμό και εναρμόνιση με έναν υγιεινό τρόπο διατροφής έχει και τον ανάλογο αντίκτυπο στη διαιτητική του συμπεριφορά.¹⁰¹ Από τα ευρήματα της μελέτης της Καπίρη, βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ εκδήλωσης ενδιαφέροντος για τον τρόπο διατροφής και λήψης γεύματος κατά τη διάρκεια της εργασίας, καθώς τα άτομα που δήλωσαν ότι ενδιαφέρονται να ακολουθούν έναν υγιεινό τρόπο διατροφής γενικότερα στη ζωή τους, ήταν πιο πιθανό να γευματίζουν και όσο βρίσκονταν στον εργασιακό τους χώρο.¹⁰²

⁹⁵ Blanck, H.M., Yaroch, A.L., Atienza, A.A., Yi, S.L., Zhang, J., Mâsse, L.C. (2009). "Factors influencing lunchtime food choices among working Americans". 36(2):289-301. www.pubmed.com

⁹⁶ Hellerstedt, W.L., Jeffery, R.W. (1997). "The association of job strain and health behaviours in men and women". 26(3):575-83. www.pubmed.com. ΠΗΓΗ : Καπίρη Ελπινίκη

⁹⁷ Devine, C.M., Connors, M.M., Sobal, J., Bisogni, C.A. (2003). "Sandwiching it in: spillover of work onto food choices and family roles in low -and moderate- income urban households". 56(3):617-30. www.pubmed.com. ΠΗΓΗ : Καπίρη Ελπινίκη

⁹⁸ Kouvonen, A., Kivimäki, M., Väänänen, A., Heponiemi, T., Elovainio, M., Ala-Mursula, L., Virtanen, M., Pentti, J., Linna, A., Vahtera, J. (2007). "Job strain and adverse health behaviors : the Finnish Public Sector Study". 49(1):68-74. www.pubmed.com. ΠΗΓΗ : Καπίρη Ελπινίκη

⁹⁹ Cheng, Y., Kawachi, I., Coakley, E.H., Schwartz, J., Colditz, G. (2000). "Association between psychosocial work characteristics and health functioning in American women : prospective study". 320(7247):1432-6. www.pubmed.com. ΠΗΓΗ : Καπίρη Ελπινίκη

¹⁰⁰ Πτυχιακή Εργασία : Καπίρη, Ε. (χ.χ.). *Παράγοντες που επιδρούν στην επιλογή τροφής και τις γευματικές συνήθειες στο χώρο εργασίας*. Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

¹⁰¹ Ζαμπέλας, Α. (2003). *Η διατροφή στα στάδια της ζωής*. Αθήνα : Πασχαλίδης

¹⁰² Πτυχιακή Εργασία : Καπίρη, Ε. (χ.χ.). *Παράγοντες που επιδρούν στην επιλογή τροφής και τις γευματικές συνήθειες στο χώρο εργασίας*. Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

Ακόμα, σύμφωνα με την έρευνα των Blanck et al., η σημαντικότερη αξία για την επιλογή τροφίμων μεσημεριανού γεύματος ήταν η «ευκολία» (34.3%), ακολουθούμενη από την «προτίμηση» (27.8%).¹⁰³

7) Κατάσταση υγείας. Η υγεία παίζει σημαντικό ρόλο στην επιλογή της διατροφής που θα ακολουθήσει το άτομο. Για παράδειγμα, τα άτομα που αντιμετωπίζουν σακχαρώδη διαβήτη, δεν μπορούν να καταναλώνουν γλυκά με την ίδια ευκολία, όπως τα άτομα που δεν αντιμετωπίζουν. Στην έρευνα του ΚΕ.Π.ΚΑ. (2006), βρέθηκε ότι οι Έλληνες, σε ποσοστό 41.74%, έχουν αλλάξει διατροφικές συνήθειες κυρίως λόγω υγείας.¹⁰⁴ Ακόμα, σύμφωνα με την έρευνα των Blanck et al., μεταξύ άλλων, ένας από τους παράγοντες για την επιλογή τροφίμων μεσημεριανού γεύματος για το 17.1% ήταν η υγεία.¹⁰⁵ Τέλος, από την πανελλήνια έρευνα της MRB Hellas (2006), το 27% των ερωτηθέντων απάντησε ότι οι διατροφικές συνήθειές τους έχουν βελτιωθεί αρκετά τον τελευταίο χρόνο για λόγους υγείας.¹⁰⁶

8) Ηλικία. Σύμφωνα με τη μελέτη της Καπίρη, διαπιστώθηκε ότι άτομα νεαρής ηλικίας είναι πιο πιθανό να συνδέονται με λανθασμένες διατροφικές επιλογές και πρόχειρες λύσεις εδεσμάτων. Τα άτομα ηλικίας 25-34, έτειναν να καταναλώνουν συχνότερα τρόφιμα όπως τοστ – σάντουιτς (τα οποία συνήθως προμηθεύονταν από ταχυφαγείο), είδη αρτοποιείου τύπου τυρόπιτα, γλυκά και αναψυκτικά (τα οποία συνήθως προμηθεύονταν από μηχάνημα αυτόματης πώλησης) στην εργασία τους.¹⁰⁷ Οι κακές διατροφικές επιλογές των νέων, όπως αποτυπώθηκαν στη μελέτη, επιβεβαιώνονται και από άλλες έρευνες, οι οποίες δείχνουν ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία εργαζόμενοι έχουν καλύτερες διατροφικές συνήθειες σε σύγκριση με τους νεότερους.^{108,109}

Επίσης, σύμφωνα με την έρευνα των Blanck et al., προέκυψε ότι στο 54% εκείνων που αγόραζαν μεσημεριανό γεύμα περισσότερες ή έστω 2 φορές την εβδομάδα, ανήκαν, μεταξύ άλλων, οι νεότεροι ενήλικοι ηλικίας 18-34, σε σχέση με τους μεγαλύτερους ηλικίας 55 και άνω.¹¹⁰

¹⁰³ Blanck, H.M., Yaroch, A.L., Atienza, A.A., Yi, S.L., Zhang, J., Mâsse, L.C. (2009). "Factors influencing lunchtime food choices among working Americans". 36(2):289-301. www.pubmed.com

¹⁰⁴ Κέντρο Προστασίας Καταναλωτών (ΚΕ.Π.ΚΑ.) (2006). «Οι διατροφικές συνήθειες των Ελλήνων καταναλωτών». <http://kepka.org/>

¹⁰⁵ Blanck, H.M., Yaroch, A.L., Atienza, A.A., Yi, S.L., Zhang, J., Mâsse, L.C. (2009). "Factors influencing lunchtime food choices among working Americans". 36(2):289-301. www.pubmed.com

¹⁰⁶ Ίδρυμα «Αριστείδης Δασκαλόπουλος» (2006). «Πανελλήνια Ποσοτική Έρευνα Διατροφικών Συνηθειών 2006». <http://www.iad.gr/ver2/site/content.php?artid=225>

¹⁰⁷ Πτυχιακή Εργασία : Καπίρη, Ε. (χ.χ.). Παράγοντες που επιδρούν στην επιλογή τροφής και τις γευματικές συνήθειες στο χώρο εργασίας. Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

¹⁰⁸ Devine, C.M., Connors, M.M., Sobal, J., Bisogni, C.A. (2003). "Sandwiching it in: spillover of work onto food choices and family roles in low -and moderate- income urban households". 56(3):617-30. www.pubmed.com. ΠΗΓΗ : Καπίρη Ελπινίκη

¹⁰⁹ Nakagawa, K., Ishitake, T., Iwamoto, J., Suenaga, T., Mori, C., Matoba, T., Takaki, M., Hara, H. (1993). "Difference in perceived health between blue- and white-collar workers of a manufacturing factory by a self-administered questionnaire". 35(3):188-97. www.pubmed.com. ΠΗΓΗ : Καπίρη Ελπινίκη

¹¹⁰ Blanck, H.M., Yaroch, A.L., Atienza, A.A., Yi, S.L., Zhang, J., Mâsse, L.C. (2009). "Factors influencing lunchtime food choices among working Americans". 36(2):289-301

9) **Φύλο.** Μελέτες δείχνουν να υπάρχουν διαφορές στις διατροφικές συνήθειες μεταξύ ανδρών και γυναικών. Ενδεικτικά, θα μπορούσαν να αναφερθούν οι παρακάτω έρευνες. Η έρευνα της MRB Hellas (2006), έδειξε ότι ο ανδρικός πληθυσμός επισκέπτεται λίγο πιο συχνά τα εστιατόρια γρήγορου φαγητού σε σχέση με τον γυναικείο. Συγκεκριμένα, ένα ποσοστό της τάξεως του 6.3% των ανδρών, έναντι του 2.3% των γυναικών, τα επισκέπτονται περισσότερες από 3 φορές την εβδομάδα, καθώς και ότι οι άνδρες παραγγέλνουν απ' έξω λίγο πιο συχνά από τις γυναίκες. Από την έρευνα, φάνηκε, ακόμη, ότι οι γυναίκες είναι περισσότερο ενημερωμένες για τη διατροφή σε σχέση με τους άνδρες (58.1% έναντι 39.7%).¹¹¹ Σε πλήρη συμφωνία με τα παραπάνω έρχεται και η έρευνα «Διατροφικές στάσεις, αντιλήψεις και συνήθειες των Ελλήνων πολιτών» (2007), η οποία, ομοίως, έδειξε ότι οι άνδρες τρώνε εκτός σπιτιού περισσότερο σε σύγκριση με τις γυναίκες (65% έναντι 49%) και ότι οι γυναίκες είναι περισσότερο ενημερωμένες για τη Μεσογειακή Διατροφή (70% έναντι 66%) και την ακολουθούν περισσότερο σε σχέση με τους άνδρες.¹¹²

Οι λόγοι που συντελούν στη συμπεριφορά αυτή των γυναικών και τη μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση σε θέματα υγείας, περιλαμβάνουν τόσο την ανησυχία για την εμφάνισή τους και την εναρμόνισή τους με τα κοινωνικά πρότυπα, όσο και την ανάγκη να ανταπεξέλθουν στους γονεϊκούς ρόλους που η κοινωνία τους αποδίδει.¹¹³

¹¹¹ Ίδρυμα «Αριστείδης Δασκαλόπουλος» (2006). «Πανελλήνια Ποσοτική Έρευνα Διατροφικών Συνηθειών 2006». <http://www.iad.gr/ver2/site/content.php?artid=225>

¹¹² Γενική Γραμματεία Καταναλωτή (2007). «Διατροφικές στάσεις, αντιλήψεις και συνήθειες των Ελλήνων πολιτών». <http://www.publicissue.gr/492/diatrofi-2007/>

¹¹³ Roos, E., Lahelma, E., Virtanen, M., Prättälä, R., Pietinen, P. (1998). "Gender, socioeconomic status and family status as determinants of food behaviour". 46(12):1519-29. www.pubmed.com. ΠΗΓΗ : Καπίρη Ελπινίκη

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

3.1. Σωματική δραστηριότητα και οφέλη στην υγεία

Η επίδραση της σωματικής άσκησης στην υγεία ήταν γνωστή σε όλες τις περιόδους της ανθρώπινης ιστορίας. Όσο, βέβαια, οι άνθρωποι ζούσαν και εργάζονταν στην ύπαιθρο, ως κυνηγοί, γεωργοί ή πολεμιστές, η άσκηση του σώματος ήταν δεδομένη, λόγω της φύσης της ενασχόλησής τους. Ως ξεχωριστή και αναγκαία δραστηριότητα, η άσκηση προέκυψε με τον εκπολιτισμό και την αστικοποίηση, που περιόρισαν την καθημερινή σωματική άσκηση.

Η «σωματική δραστηριότητα» διαχωρίζεται ως έννοια από την «άσκηση» και τη «φυσική κατάσταση», καθώς περιλαμβάνει κάθε είδους σωματική δραστηριότητα των σκελετικών μυών που δαπανά ενέργεια υπολογίσιμη σε χιλιοθερμίδες, τόσο στο εργασιακό (εφόσον το απαιτεί το είδος του επαγγέλματος) ή οικιακό (κάνοντας τις δουλειές του σπιτιού) περιβάλλον, όσο και στο αθλητικό (γυμναστήριο ή στο γήπεδο).¹¹⁴

Πρόσφατα, η έγκυρη Ιατρική Επιθεώρηση «Jama» δημοσίευσε μελέτη που έγινε σε 11 ευρωπαϊκές χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, για τους παράγοντες που συντείνουν στη μακροζωία. Η μελέτη κατέληγε στο συμπέρασμα πως, η συστηματική άσκηση μειώνει κατά 37% τον κίνδυνο θανάτου από κάθε αιτία. Μάλιστα, αποτελεί σημαντικότερο παράγοντα ακόμα και από τη μεσογειακή διατροφή (μειώνει τον κίνδυνο κατά 23%), αλλά και την αποφυγή του καπνίσματος (μειώνει τον κίνδυνο κατά 35%).¹¹⁵

Ακόμη, πρόσφατη έρευνα του EUFIC (The European Food Information Council - Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Πληροφόρησης για τα Τρόφιμα) σχετικά με τα οφέλη της σωματικής δραστηριότητας, έδειξε ότι όσοι είναι σωματικά δραστήριοι, ιδίως από τη μέση ηλικία και μετά, έχουν διπλάσιες πιθανότητες να αποφύγουν τον πρόωρο θάνατο και τις σοβαρές παθήσεις. Μάλιστα, η προστατευτική επίδραση της σωματικής δραστηριότητας, είναι ανάλογη αυτής που χαρίζει η αποφυγή του καπνίσματος. Τα οφέλη της σωματικής δραστηριότητας είναι πολλά και περιλαμβάνουν τα εξής :

► **Μειωμένος κίνδυνος παχυσαρκίας.** Πολλές έρευνες κατέδειξαν τα οφέλη της σωματικής δραστηριότητας και της καλής φυσικής κατάστασης κατά της παχυσαρκίας. Επίσης, η σωματική δραστηριότητα φαίνεται να συντελεί στην προστασία κατά της αύξησης του σωματικού βάρους που συχνά εμφανίζεται στη μέση ηλικία.

¹¹⁴ www.healthview.gr (16/03/09). «Σωματική Δραστηριότητα»

¹¹⁵ Δάλλα, Α. (01/04/05). «8.000 βήματα για να ζήσουμε περισσότερο (και καλύτερα)». www.vita.gr

► **Μειωμένος κίνδυνος καρδιοπαθειών.** Οι σωματικά δραστήριοι άνθρωποι με μέτριο επίπεδο φυσικής κατάστασης, είναι κατά 50% λιγότερο πιθανό να εμφανίσουν κάποια καρδιοπάθεια σε σύγκριση με τους συνομήλικούς τους που επιλέγουν την καθιστική ζωή. Οι παχύσαρκοι, που όμως παραμένουν σωματικά δραστήριοι, κινδυνεύουν λιγότερο από καρδιοπάθειες και διαβήτη σε σχέση με τους παχύσαρκους που δεν ασκούνται.

► **Μειωμένος κίνδυνος διαβήτη.** Η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας μπορεί να αποτελέσει παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη διαβήτη τύπου 2. Στα πολύ δραστήρια άτομα, ο κίνδυνος εμφάνισης του διαβήτη είναι μειωμένος κατά 33-50%. Στους διαβητικούς, η σωματική δραστηριότητα έχει αποδειχθεί ότι βοηθάει στον έλεγχο των επιπέδων σακχάρου στο αίμα.

► **Μειωμένος κίνδυνος καρκίνου.** Η μέτρια έως έντονη σωματική δραστηριότητα μειώνει τον κίνδυνο εκδήλωσης καρκίνου του παχέος εντέρου, του ορθού, του πνεύμονα και του μαστού.

► **Υγεία των μυών και των οστών.** Η τακτική άσκηση χαρίζει πιο δυνατούς μύες, τένοντες και συνδέσμους και πιο δυνατά οστά. Οι ασκήσεις που περιλαμβάνουν φόρτιση με το σωματικό βάρος (π.χ. τρέξιμο, πατίνια, χορός), έχει αποδειχθεί ότι αυξάνουν την οστική πυκνότητα στους εφήβους, βοηθούν στη διατήρηση της οστικής πυκνότητας στους ενήλικες και επιβραδύνουν την απώλεια της οστικής μάζας στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (οστεοπόρωση).

► **Ψυχική υγεία.** Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι, η σωματική δραστηριότητα είναι ευεργετική για την ψυχολογική κατάσταση, βοηθάει να αντιμετωπιστεί καλύτερα το στρες και βελτιώνει τις λειτουργίες του εγκεφάλου (όπως την ικανότητα λήψης αποφάσεων και σχεδιασμού και τη βραχυπρόθεσμη μνήμη), μειώνει το άγχος και διευκολύνει τον ύπνο. Πορίσματα κλινικών δοκιμών, έδειξαν ότι η άσκηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία της κατάθλιψης. Στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, η σωματική δραστηριότητα μπορεί να συμβάλει στη μείωση του κινδύνου για γεροντική άνοια και νόσο του Αλτσχάιμερ.¹¹⁶

Επίσης, όσοι ασκούνται σε τακτική βάση, μειώνουν σχεδόν κατά το ήμισυ (50%) τις πιθανότητες να κολλήσουν κάποιον ιό κρυολογήματος, σύμφωνα με σχετική έρευνα που δημοσιεύτηκε στο βρετανικό περιοδικό για θέματα αθλητιατρικής «British Journal of Sports Medicine», από ερευνητές πανεπιστημίου στη Βόρεια Καρολίνα.¹¹⁷

Οι ευεργετικές επιδράσεις της σωματικής άσκησης στην υγεία των ανθρώπων είναι γνωστές, εξάλλου, από αρχαιότατων χρόνων. Το «νους υγιής εν σώματι υγιεί» αποδίδει με τον καλύτερο τρόπο αυτή τη γνώση και η εφαρμογή της αποδεικνύεται με τις πολυάριθμες αθλητικές εκδηλώσεις στην αρχαιότητα.

Η αλήθεια είναι, πως ποτέ δεν είναι αργά να ασχοληθεί κανείς με τη γυμναστική, ακόμη και αν έχει ξεπεράσει την τέταρτη δεκαετία της ζωής του, χωρίς να έχει ασχοληθεί ξανά με κάποια

¹¹⁶ The European Food Information Council (2006). "The Benefits of physical activity". www.eufic.org

¹¹⁷ Εφημερίδα «ΤΟ ΒΗΜΑ» (02/11/10). «Η σωματική άσκηση προστατεύει από κρυολογήματα»

μορφή σωματικής άσκησης. Ένας 76χρονος που αρχίζει γυμναστική, μπορεί να αυξήσει έως και 150% τη μυϊκή του μάζα, ενώ ένας άνθρωπος που αποφασίζει να ακολουθήσει κάποιο πρόγραμμα άσκησης, έστω και 1 φορά την εβδομάδα, μπορεί να βελτιώσει τη φυσική του κατάσταση κατά 30%.¹¹⁸

Σε πρόσφατη έρευνα της Diane Klein, οι άνθρωποι που ασκούνταν μακροχρόνια (κατά μέσο όρο 13 χρόνια), ρωτήθηκαν σχετικά με αυτό που τους δίνει ώθηση για άσκηση. Όπως φάνηκε από τις απαντήσεις τους, δεν τους απασχολούσε τόσο το σμίλημα των μυών, αλλά η ευεξία και το να είναι υγιείς. Ακολουθεί η κατάταξη των παραγόντων που τους έδιναν ώθηση να ασκηθούν: α) καλή φόρμα, β) αισθήματα ευεξίας, γ) ενέργεια, δ) ευχαρίστηση από την άσκηση, ε) η άσκηση ως προτεραιότητα, στ) καλύτερος ύπνος, ζ) αίσθημα εγρήγορσης, η) έλεγχος βάρους, θ) εμφάνιση.¹¹⁹

Για την επιλογή του αθλήματος με το οποίο θα ασχοληθεί κανείς, καθοριστικοί παράγοντες είναι η ηλικία και η κατάσταση υγείας του ενδιαφερόμενου και κατά συνέπεια η γνώμη του θεράποντος ιατρού, ιδίως για τα άτομα άνω των 40 ετών.¹²⁰ Θα πρέπει ακόμη, να επιλέξει ασκήσεις και αθλήματα που του αρέσουν και τον ψυχαγωγούν.

Χρονική διάρκεια σωματικής άσκησης

Για πολλά χρόνια, όσοι προωθούσαν την άσκηση και την υγεία, υιοθετούσαν συστάσεις για άσκηση για τη βελτίωση της καρδιαγγειακής κατάστασης, οι οποίες περιελάμβαναν αρκετά έντονη άσκηση, με συνεχή χρήση μεγάλων μυϊκών ομάδων για διαστήματα τουλάχιστον 20 λεπτών και σε μεγάλη ένταση (αντίστοιχη του 60-80% της μέγιστης καρδιακής συχνότητας). Δυστυχώς, αυτό το επίπεδο άσκησης αποδείχτηκε πολύ δύσκολο για την πλειοψηφία των ανθρώπων, με τους περισσότερους να παραμένουν αδρανείς.

Οι πιο πρόσφατες συστάσεις από τις Η.Π.Α. και το Ηνωμένο Βασίλειο, κάνουν αναφορά για τακτικές συνεδρίες άσκησης σε μέτρια επίπεδα έντασης. Η σωματική δραστηριότητα μέτριας έντασης, ανάλογη με το γρήγορο περπάτημα, θεωρείται ότι μπορεί να επιτευχθεί από ένα πολύ μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού, καθώς μπορεί εύκολα να ενσωματωθεί στις καθημερινές δουλειές και απαιτεί λιγότερο σωματικό κόπο. Ένας ημερήσιος 20λεπτος γρήγορος περίπατος, θα επιφέρει βελτιώσεις στην καρδιαγγειακή κατάσταση και άλλα σωματικά και πνευματικά οφέλη υγείας. Οι τωρινές συστάσεις δίνουν έμφαση στο γρήγορο περπάτημα τις περισσότερες ή όλες τις ημέρες της εβδομάδας για 30 λεπτά τη φορά. Τα στοιχεία δείχνουν ότι, αν μια δεδομένη άσκηση γίνει σε 2 ή 3 μικρότερες συνεδρίες, μπορεί να είναι εξίσου αποτελεσματική και επίσης πιο εφικτή

¹¹⁸ Δάλλα, Α. (2004). *Το Βιβλίο της Μακροζωίας – Καθημερινός Πρακτικός Οδηγός*. Ειδική Έκδοση του Περιοδικού VITA

¹¹⁹ Ψωμάδου, Ε. (29/11/07). «Τρόπος ζωής η άσκηση, με 10 βήματα». www.iatronet.gr

¹²⁰ Μπολάκη, Μ. (χ.χ.). «Η Άθληση και τα Πλεονεκτήματά της». <http://users.forthnet.gr/>

σε καθημερινή βάση.

Οι διάφορες μορφές και εντάσεις σωματικής δραστηριότητας βελτιώνουν διαφορετικά στοιχεία της υγείας και της φυσικής κατάστασης. Παραδείγματος χάριν, ένας ήρεμος περίπατος το μεσημέρι μετά το φαγητό, παρότι δεν είναι αρκετά έντονος για να βελτιώσει την κυκλοφορική κατάσταση, μπορεί να είναι ένα «υγιεινό» διάλειμμα από τη δουλειά, να φτιάξει το κέφι και να μειώσει το άγχος, ενώ συνεισφέρει και στη διατήρηση του βάρους. Για όσους δεν μπορούν ή δεν τους αρέσει η προγραμματισμένη άσκηση, η αποφυγή ή η μείωση του χρόνου που δαπανάται σε καθιστικές δραστηριότητες, όπως η τηλεόραση, μπορεί να είναι εξίσου χρήσιμη. Για να υπάρξουν μέγιστα οφέλη για όλα τα σημεία του σώματος, είναι, επίσης, απαραίτητο να υπάρχει εύρος συγκεκριμένων ενδυναμωτικών και διατακτικών ασκήσεων, ιδιαίτερα σημαντικό για τους ηλικιωμένους.¹²¹

Τα στοιχεία δείχνουν ότι, εάν ενσωματωθεί στην καθημερινή ζωή σωματική δραστηριότητα μέτριας έντασης, υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα να διατηρηθεί. Μέτριας έντασης καθημερινές δραστηριότητες, όπως ο χορός ή το περπάτημα, είναι πιο ελκυστικές στους ανθρώπους από τη λέξη «άθλημα».¹²²

3.2. Η σωματική δραστηριότητα στις μέρες μας και οι παράγοντες που την επηρεάζουν

Παρόλο που ο άνθρωπος είναι φτιαγμένος να είναι σωματικά δραστήριος σε τακτική βάση, τα τελευταία χρόνια, ειδικά στις οικονομικά εύπορες χώρες, τα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας μειώνονται διαρκώς. Ο σύγχρονος τρόπος διαβίωσης χαρακτηρίζεται από περιορισμό ή παντελή έλλειψη σωματικής δραστηριότητας, η οποία εκλείπει σχεδόν από όλους τους τομείς της ζωής. Η επαγγελματική ενασχόληση έχει γίνει πιο καθιστική, τα περισσότερα ταξίδια πραγματοποιούνται με μηχανοκίνητα οχήματα, οι περισσότερες δουλειές του σπιτιού γίνονται από μηχανές και η ενεργητική αναψυχή έχει αντικατασταθεί από την τηλεόραση, τον υπολογιστή και τα ηλεκτρονικά παιχνίδια. Αυτή η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας, είναι πιθανώς ένας σημαντικός παράγοντας για την εμφάνιση υπέρβαρου και παχυσαρκίας, καταστάσεις που από μόνες τους αυξάνουν τον κίνδυνο ασθενειών.¹²³

Οι εθνικές έρευνες, δείχνουν ότι μόνο το 20-30% του πληθυσμού είναι αρκετά δραστήριο, ώστε να επιτύχει τα βέλτιστα οφέλη για την υγεία,¹²⁴ ενώ το 40-60% περίπου του πληθυσμού της Ε.Ε. ακολουθεί έναν καθιστικό τρόπο ζωής.¹²⁵

Η αρνητική επίδραση που ασκεί η καθιστική ζωή στη διάρκεια και στην ποιότητα της

¹²¹ The European Food Information Council (2006). *"Physical activity"*. www.eufic.org

¹²² The European Food Information Council (1998). *"Physical activity – walk to a better life"*. www.eufic.org

¹²³ The European Food Information Council (2008). *"Food, physical activity and cancer - a review of existing studies"*. www.eufic.org

¹²⁴ The European Food Information Council (1998). *"Physical activity – walk to a better life"*. www.eufic.org

¹²⁵ The European Food Information Council (2009). *"Guidelines for physical activity"*. www.eufic.org

ανθρώπινης ζωής, είναι πλέον πολλαπλά τεκμηριωμένη. Η έλλειψη άσκησης είναι αιτία σημαντικών παθήσεων, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα, αλλά και τα εκφυλιστικά νοσήματα (σακχαρώδης διαβήτης, παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος), η παχυσαρκία, η οστεοπόρωση, η υπέρταση, ορισμένοι ανοσοεξαρτώμενοι καρκίνοι, καθώς και ψυχικές διαταραχές.

Η φυσική αδράνεια, ένας από τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου για την υγεία, εκτιμάται ότι θα αποδώσει 1 εκατομμύριο θανάτους (περίπου 10% του συνόλου), ανά έτος στην Ευρώπη.¹²⁶

Οι παροτρύνσεις για φυσική άσκηση, δεν βρίσκουν ακόμα την πρέπουσα απήχηση. Ακόμα και στις Η.Π.Α., μόνο το 15% του πληθυσμού ακολουθεί τη συνταγή 3x20' και το 22% τη συνταγή 5x30', ενώ το 25% δεν ασκείται καθόλου. Η έλλειψη φυσικής άσκησης είναι πιο συχνή στις γυναίκες, στους μαύρους, στους ισπανόφωνους, στους μεσήλικες και στους φτωχότερους.¹²⁷

Οι Έλληνες συγκαταλέγονται στους Ευρωπαίους πολίτες που αθλούνται λιγότερο στους «27», σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Ευρωβαρόμετρου, που δόθηκε στη δημοσιότητα στις Βρυξέλλες. Ειδικότερα, σύμφωνα με την κοινοτική δημοσκόπηση, μόνο το 3% των Ελλήνων, των Ιταλών και των Βουλγάρων, δηλώνουν ότι αθλούνται «τακτικά», το 15% «κάπως συχνά», το 15% «σπάνια» και το 67% «ποτέ». Υψηλά ποσοστά πολιτών που δηλώνουν ότι δεν αθλούνται «ποτέ», παρατηρούνται ακόμη στη Βουλγαρία (58%), την Πορτογαλία και την Ιταλία (55%), ενώ τα χαμηλότερα ποσοστά σημειώνονται σε Σουηδία (6%), Φιλανδία (7%) και Δανία (18%). Ο μέσος κοινοτικός όρος είναι 39%.

Σε ό,τι αφορά στον τόπο άσκησης, το 63% των Ελλήνων δηλώνουν ότι αθλούνται κάπου μεταξύ σπιτιού και σχολείου, χώρου εργασίας ή καταστημάτων (31% στην Ε.Ε.), το 27% σε κάποιο πάρκο ή έξω στη φύση (48% στην Ε.Ε.) και το 13% σε γυμναστήριο (11% στην Ε.Ε.). Εξ' άλλου, σύμφωνα με το Ευρωβαρόμετρο, το 13% των Ελλήνων δηλώνουν ότι είναι μέλη κάποιου γυμναστηρίου, αθλητικού συλλόγου ή ενός συλλόγου με δυνατότητα άθλησης, ενώ στην Ε.Ε. ο μέσος όρος είναι 25%. Όσον αφορά, τέλος, στους λόγους που τους εμποδίζουν να αθληθούν, οι Έλληνες σε ποσοστό 51% επικαλούνται ως βασικότερη αιτία την έλλειψη χρόνου. Ο μέσος κοινοτικός όρος είναι 45%.¹²⁸

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τον Τούντα (2007), σε έρευνα σε πανελλαδικό δείγμα αστικού πληθυσμού, το 74.4% δήλωσε ότι δεν ασχολείται με κάποιο είδος γυμναστικής, λόγω έλλειψης χρόνου (45.6%), λόγω έλλειψης διάθεσης (19.4%), για λόγους υγείας (8.2%), για οικονομικούς λόγους (8.2%), λόγω απαρέσκειας για τα γυμναστήρια (6.9%), λόγω ηλικίας (3.3%), λόγω έλλειψης χώρου στο σπίτι (2.7%). Σύμφωνα με την ίδια έρευνα, η οικογενειακή κατάσταση

¹²⁶ World Health Organization (χ.χ.). "Physical activity - 10 key facts on physical activity in the WHO European Region". www.euro.who.int

¹²⁷ Τούντας, Γ.Κ. (10/02/07). «Φυσική Άσκηση και Υγεία». <http://panacea.med.uoa.gr/>

¹²⁸ www.ygeiaonline.gr (χ.χ.). «Οι Έλληνες αθλούνται λιγότερο στην Ευρώπη». ΑΠΕ-ΜΠΕ

φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά τη φυσική άσκηση, αφού αθλείται το 50% των ανύπαντρων, το 20% των παντρεμένων και το 10% των χήρων και των διαζευγμένων. Μεγάλες είναι και οι διαφορές ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο. Το 70% των ατόμων που ασκούνται, είναι μέσου και ανώτερου μορφωτικού επιπέδου, ενώ από όσους δεν ασκούνται το 93% έχει τελειώσει μόνο την πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Από όσους πάντως γυμνάζονται, μόνο το 14% ασκείται καθημερινά.¹²⁹

Τη σημασία της έλλειψης άσκησης για την επιδείνωση της υγείας παρουσιάζει η μελέτη Attica (2001-2006), που πραγματοποιήσαν από κοινού η Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου με το Τμήμα Διατροφής της Χαροκοπείου Σχολής, σε δείγμα 3.042 υγιών ανδρών και γυναικών. Σκοπός της, η ανίχνευση των αιτιών που προκαλούν αλλαγές στη φυσική δραστηριότητα. Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης, το φύλο, η ηλικία, το σωματικό βάρος, οι διατροφικές συνήθειες και η γενικότερη ποιότητα ζωής του ατόμου, βρέθηκαν να είναι οι πιο σημαντικοί παράγοντες για την εγκατάλειψη της άσκησης. Συνολικά, οι γυναίκες ασκούνται λιγότερο, όμως το ποσοστό των ανδρών που εγκαταλείπουν την άσκηση όσο μεγαλώνουν είναι διπλάσιο από αυτό των γυναικών.¹³⁰

Τέλος, σύμφωνα με τα ευρήματα της Hellas Health I (2006), το 34.5% των ανδρών και το 44.7% των γυναικών στον ελληνικό πληθυσμό, δήλωναν αδρανείς. Οι έγγαμοι, οι κάτοικοι των αστικών περιοχών, όσοι ανήκουν σε χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και οι μεγαλύτεροι σε ηλικία, εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά σωματικής αδράνειας.¹³¹

3.2.1. Εργαζόμενος και σωματική δραστηριότητα

Η ανάγκη για σωματική δραστηριότητα έχει γίνει πειστική και επιτακτική στην εποχή μας. Ωστόσο, αυτό δεν συμβαίνει στην πραγματικότητα, καθώς όπως φαίνεται και στα συμπεράσματα της μελέτης του Ευροβαρόμετρου (2002), τα $\frac{2}{3}$ του ενήλικου πληθυσμού στις χώρες της Ε.Ε., είναι ανεπαρκώς φυσικά ενεργά για να επιτύχουν τα βέλτιστα οφέλη υγείας.¹³²

Οι εργαζόμενοι, αφενός, έχουν καθιστική απασχόληση και αφετέρου δεν ασχολούνται με τη σωματική δραστηριότητα στον ελεύθερο χρόνο τους. Σύμφωνα με μελέτη των Jans et al., (2000-2005), σε 7.720 Ολλανδούς εργαζόμενους, εκείνοι που κάθισαν για μεγάλες περιόδους στην εργασία, δεν αντιστάθμισαν αυτήν την έλλειψη δραστηριότητας με την υιοθέτηση λιγότερο στατικών συμπεριφορών κατά τη διάρκεια του ελεύθερου χρόνου τους. Επίσης, οι επαγγελματικές ομάδες διέφεραν σημαντικά στη στατική συμπεριφορά, περιλαμβάνοντας κυρίως τις περιόδους

¹²⁹ Τούντας, Γ.Κ. (10/02/07). «Φυσική Άσκηση και Υγεία». <http://panacea.med.uoa.gr/>

¹³⁰ Νέτα, Σ. (13/05/08). «Η καθιστική ζωή παχαίνει τους Έλληνες». www.iatronet.gr

¹³¹ Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών (2007). «Η Υγεία του Ελληνικού Πληθυσμού». www.neahygeia.gr

¹³² World Health Organization (2007). "Steps to health : A European framework to promote physical activity for health". www.euro.who.int

καθιστικής εργασίας.¹³³

Στην Ελλάδα, στην έρευνα της MRB Hellas (2006), στην ερώτηση «πόσο συχνά ασκείστε», το 17.9% δήλωσε ότι ασκείται λιγότερο από 1 φορά το μήνα. Από το σύνολο των ερωτηθέντων μάλιστα, το 22.5% των ηλικιών 35-44, το 20.2% των ηλικιών 45-54 και το 17.4% των ηλικιών 55-64, δήλωσαν ότι γυμνάζονται λιγότερο από 1 φορά το μήνα.¹³⁴

Ενδιαφέρουσα είναι και η έρευνα που διενήργησε η Alco, για τις διατροφικές συνήθειες και τον τρόπο ζωής των εργαζομένων στην Ελλάδα. Όπως διαπιστώθηκε, οι Έλληνες, δεν ασκούνται και δεν περπατούν. Χρησιμοποιούν το αυτοκίνητο ακόμη και για κοντινές αποστάσεις και κάνουν γενικά καθιστική ζωή. Τα αποτελέσματα της έρευνας είναι τα ακόλουθα :

- 1 στους 2 Έλληνες εργαζόμενους (55%) δεν ασκείται καθόλου ή ασκείται λίγο (δηλαδή, έως 100 λεπτά/εβδομάδα). Ενδεικτικό είναι ότι, οι Έλληνες εργαζόμενοι θεωρούν πιο δύσκολη την άσκηση (54%), από τη δίαιτα (38%).
- Την ίδια ώρα, το 70% των εργαζομένων, χρησιμοποιεί ιδιωτικό μεταφορικό μέσο (αυτοκίνητο ή μηχανή) για να πάει στη δουλειά, ενώ το 55% κάνει χρήση μεταφορικού μέσου ακόμα και στην περίπτωση που διανύει κοντινές αποστάσεις.¹³⁵

Σύμφωνα με έρευνα της εταιρείας BRI, για λογαριασμό της φαρμακευτικής Pfizer, που δημοσιεύτηκε στην εφημερίδα «ΤΑ ΝΕΑ», οι επαγγελματικές υποχρεώσεις, η καθιστική ζωή, οι δουλειές του σπιτιού και οι πολύωρες μετακινήσεις, φαίνεται πως έχουν καταβάλει τον ελληνικό λαό. Η έρευνα διενεργήθηκε σε δείγμα 500 ανδρών και γυναικών, 25-65 ετών. Όπως διαπίστωσε, για το 80% των γυναικών και το 72% των ανδρών, η έλλειψη ενέργειας και η κούραση αποτελούν πλέον τον κανόνα. Η ενέργειά τους καταναλώνεται κυρίως στις επαγγελματικές υποχρεώσεις, με αποτέλεσμα να μην έχουν διάθεση να ασχοληθούν με τα χόμπι τους. Η κούραση, σύμφωνα με το 68%, προκύπτει από την έλλειψη χρόνου, ενώ για το 67% από την πολύωρη εργασία. Περισσότερο από την πολύωρη δουλειά, φαίνεται πως υποφέρουν οι νέοι 25-34 ετών, καθώς το 71% από αυτούς ανέφεραν ότι η δουλειά τους είναι η κύρια αιτία για την κόπωσή τους, όταν το αντίστοιχο ποσοστό στις ηλικίες άνω των 45 είναι κατά μέσο όρο 50%. Το 49% δήλωσε ότι αν είχε 1 ώρα περισσότερο ελεύθερο χρόνο την ημέρα, θα την αφιέρωνε μεταξύ άλλων σε κάποια φυσική δραστηριότητα.¹³⁶

Πολύ συχνά, η κούραση είναι αποτέλεσμα του τρόπου ζωής και του βαρυφορτωμένου προγράμματος δραστηριοτήτων. Για να εξετάσουν τη σχέση μεταξύ ψυχοκοινωνικών παραγόντων, συνθηκών εργασίας και απόκτησης περιττών κιλών, γιατροί από το πανεπιστήμιο του Ελσίνκι,

¹³³ Jans, M.P., Proper, K.I., Hildebrandt, V.H. (2007). "Sedentary behavior in Dutch workers: differences between occupations and business sectors". 33(6):450-4. www.pubmed.com

¹³⁴ Ίδρυμα «Αριστείδης Δασκαλόπουλος» (2006). «Πανελλήνια Ποσοτική Έρευνα Διατροφικών Συνηθειών 2006». <http://www.iad.gr/ver2/site/content.php?artid=225>

¹³⁵ http://fysei.blogspot.com/2008/10/blog-post_24.html (24/10/08). «Έλληνες και Διατροφή». Paxysarkia.gr

¹³⁶ www.tvxs.gr (07/03/11). «Κουρασμένοι δηλώνουν οι Έλληνες»

διεξήγαγαν έρευνα σε 7.000 γυναίκες και 2.000 άνδρες, 40-60 ετών, υπαλλήλους του δημαρχείου του Ελσίνκι. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η κούραση λόγω εργασίας και η υπερωριακή απασχόληση, συσχετίζονταν σε σημαντικό βαθμό με την απόκτηση υπερβολικού βάρους και παχυσαρκίας. Μια πιθανή εξήγηση γι' αυτό, είναι ότι η εργασιακή υπερκόπωση και η υπερωριακή απασχόληση, δεν επιτρέπουν στους εργαζόμενους να έχουν το χρόνο για σωματική άσκηση, που είναι απαραίτητη για τη διατήρηση κανονικού βάρους σώματος, αλλά και για υγιεινή διατροφή.¹³⁷

Όπως φάνηκε και παραπάνω, μελέτες έδειξαν ότι, η έλλειψη χρόνου αποτελεί το πρώτο και κυριότερο εμπόδιο για την ενασχόληση με την άσκηση στους εργαζόμενους.^{138,139}

Σύμφωνα με μελέτη των Silva et al., σε 2.265 βιομηχανικούς εργάτες στη Βραζιλία, προέκυψε ότι η επικράτηση της φυσικής αδράνειας μεταξύ των εργαζομένων ήταν 45.4% με πιο κοινά εμπόδια την κούραση (15.1%), την υπερκόπωση (12.7%) και τις οικογενειακές υποχρεώσεις (9.2%).¹⁴⁰

Ακόμα, σύμφωνα με μελέτη των Artazcoz et al., σε εργαζόμενους, 16-64 ετών (3.950 άνδρες και 3.153 γυναίκες), με σκοπό την κατανόηση της σχέσης μεταξύ των πολλών ωρών απασχόλησης με την κατάσταση υγείας και των σχετικών με την υγεία συμπεριφορών, διαπιστώθηκε ότι στους άνδρες, η εργασία 51-60 ωρών εβδομαδιαίως, συνδέθηκε μεταξύ άλλων με καμία σωματική δραστηριότητα κατά τον ελεύθερό τους χρόνο.¹⁴¹

Επιπρόσθετα, η διεθνής έρευνα έδειξε ότι, οι υπάλληλοι σε χειρωνακτικές εργασίες παρουσιάζουν τα χαμηλότερα ποσοστά σωματικής δραστηριότητας ελεύθερου χρόνου. Σύμφωνα με έρευνα των Burton και Turrell, τα άτομα στα εργατικά επαγγέλματα ήταν περίπου 50% πιθανότερο να ταξινομηθούν σαν ανεπαρκώς ενεργά.¹⁴² Επίσης, σε μελέτη των Seiluri et al., σε υπαλλήλους 40-60 ετών στο Ελσίνκι, διαπιστώθηκε ότι η διάρκεια της σωματικής δραστηριότητας κατά τον ελεύθερο χρόνο, αυξήθηκε μεταξύ εκείνων στις υψηλότερες κατηγορίες και μειώθηκε μεταξύ των εργατών, γεγονός που δείχνει την εμφάνιση των επαγγελματικών διαφορών ανά κατηγορία. Οι γυναίκες στις μη χειρωνακτικές και εργατικές κατηγορίες και οι άνδρες στην εργατική κατηγορία, έτειναν να είναι συχνότερα φυσικά ανενεργοί στον ελεύθερο χρόνο τους και

¹³⁷ International Journal of Obesity (2005). "Psychosocial working conditions and weight gain among employees". www.nature.com

¹³⁸ www.ygeiaonline.gr (χ.χ.). «Οι Έλληνες αθλούνται λιγότερο στην Ευρώπη». ΑΠΕ-ΜΠΕ

¹³⁹ Τούντας, Γ.Κ. (10/02/07). «Φυσική Άσκηση και Υγεία». <http://panacea.med.uoa.gr/>

¹⁴⁰ Silva, S.G., Silva, M.C., Nahas, M.V., Viana, S.L. (2011). "Variables associated with leisure-time physical inactivity and main barriers to exercise among industrial workers in Southern Brazil". 27(2):249-259. www.pubmed.com

¹⁴¹ Artazcoz, L., Cortès, I., Escribà-Agüir, V., Cascant, L., Villegas, R. (2009). "Understanding the relationship of long working hours with health status and health-related behaviours". 63(7):521-7. www.pubmed.com

¹⁴² Burton, N.W., Turrell, G. (2000). "Occupation, hours worked, and leisure-time physical activity". 31(6):673-81. www.pubmed.com

λιγότερο συχνά ενεργοί από εκείνους στις υψηλότερες κατηγορίες.¹⁴³

Αξίζει να σημειωθεί ότι, οι ενήλικοι με επαγγέλματα χαμηλότερης θέσης, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο πρόωρης καρδιαγγειακής πάθησης, για την οποία η φυσική αδράνεια είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου. Όπως φαίνεται και σε μελέτη των Salmon et al., εκείνοι με τα επαγγέλματα χαμηλότερης θέσης, ήταν λιγότερο πιθανό να αναφέρουν συμμετοχή σε σωματική δραστηριότητα ελεύθερου χρόνου ικανοποιητική για την καρδιοαναπνευστική ικανότητα. Ενώ τα χαμηλότερα ποσοστά σωματικής δραστηριότητας ελεύθερου χρόνου, έχει βρεθεί ότι συνδέονται με το χαμηλό εισόδημα και επίπεδο εκπαίδευσης, στη συγκεκριμένη μελέτη δεν υπήρξε σχέση μεταξύ της δραστηριότητας και της επαγγελματικής θέσης για τους άνδρες. Παρόλα αυτά, για τις γυναίκες η σχέση παρέμεινε.¹⁴⁴

Τα συμπεράσματα της μελέτης των Caban-Martinez et al., που συλλέχθηκαν σε πάνω από 150.000 Αμερικανούς εργαζόμενους, οι οποίοι συμμετείχαν στις Εθνικές Έρευνες Υγείας της περιόδου 1997-2004, έδειξαν τα ακόλουθα. Κατά μέσον όρο, τα ποσοστά των Αμερικανών εργαζομένων που είχαν τα συνιστώμενα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας ελεύθερου χρόνου, ήταν 31% στις γυναίκες και 36% στους άνδρες. Υπήρξε ουσιαστική μεταβολή στα συγκεκριμένα ποσοστά ανά φύλο των επιπέδων σωματικής δραστηριότητας ελεύθερου χρόνου σε σχέση με το επάγγελμα (16-55%), με τα χαμηλότερα ποσοστά να σημειώνονται στις ομάδες των εργατών.¹⁴⁵

Ακόμα, μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί στα πλαίσια πτυχιακών εργασιών σε εκπαιδευτικούς, προκειμένου να διαπιστωθούν οι δικές τους πρακτικές (συμπεριφορές) υγείας και ο τρόπος ζωής τους, καθώς αποτελούν πρότυπο προς μίμηση για τους μαθητές, μετά την οικογένεια.

Χαρακτηριστικά, στην έρευνα της Γιαννοπούλου (2004), όσον αφορά στη σωματική άσκηση, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 50% των καθηγητών δεν γυμνάζονταν καθόλου, ενώ όσοι γυμνάζονταν, έκαναν κυρίως ελαφριά γυμναστική (βάδισμα-34% και ελαφρύ τρέξιμο-7% περίπου 2-3 φορές την εβδομάδα).¹⁴⁶

Ακόμα, στην έρευνα της Βαστάρδη (2007-2008), επισημάνθηκε ότι, η ομάδα των διευθυντών ήταν υπέρβαροι σε ποσοστό 40.9%, είχε το υψηλότερο ποσοστό κινδύνου από καρδιαγγειακά νοσήματα, καθώς επίσης παρατηρήθηκαν οι περισσότερες ώρες παρακολούθησης τηλεόρασης ή οι περισσότερες ώρες μπροστά στον υπολογιστή τόσο τις καθημερινές, όσο και τα

¹⁴³ Seiluri, T., Lahti, J., Rahkonen, O., Lahelma, E., Lallukka, T. (2011). "Changes in occupational class differences in leisure-time physical activity : a follow-up study". 8:14. www.pubmed.com

¹⁴⁴ Salmon, J., Owen, N., Bauman, A., Schmitz, M.K., Booth, M. (2000). "Leisure-time, occupational, and household physical activity among professional, skilled, and less-skilled workers and homemakers". 30(3):191-9. www.pubmed.com

¹⁴⁵ Caban-Martinez, A.J., Lee, D.J., Fleming, L.E., LeBlanc, W.G., Arheart, K.L., Chung-Bridges, K., Christ, S.L., McCollister, K.E., Pitman, T. (2007). "Leisure-time physical activity levels of the US workforce". 44(5):432-6. www.pubmed.com

¹⁴⁶ Μεταπτυχιακή Εργασία : Γιαννοπούλου, Ε. (2005). *Συνθήκες υγείας και στάσεις των καθηγητών μέσης εκπαίδευσης σε θέματα αγωγής υγείας*. Πανεπιστήμιο Κρήτης

Σαββατοκύριακα. Η ομάδα των υπεύθυνων αγωγής υγείας βρέθηκε να έχει το μεγαλύτερο ποσοστό παχυσαρκίας, το οποίο έφτανε το 33.3%. Το 40% των καθηγητών φυσικής αγωγής και το 31% των καθηγητών άλλων ειδικοτήτων αποτελούνταν από υπέρβαρα άτομα.¹⁴⁷

Τέλος, σύμφωνα με μελέτη, στα πλαίσια πτυχιακής εργασίας, από τις Μακρή και Σπυροπούλου, του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του ΤΕΙ Ηρακλείου, με θέμα «*Η προαγωγή υγείας από εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης στους μαθητές σε Καλαμάτα – Ρόδο*» (2005-2006), η οποία πραγματοποιήθηκε σε 50 εκπαιδευτικούς στην Καλαμάτα και σε 50 εκπαιδευτικούς στη Ρόδο, εκ των οποίων 37% ήταν άνδρες και 63% γυναίκες, προέκυψε ότι το 51% δεν αθλούνταν καθόλου, έναντι του 49% που αθλούνταν τουλάχιστον 3-4 ώρες την εβδομάδα.¹⁴⁸

3.2.1.1. Γυναίκα - εργαζόμενη και εμπόδια στην ενασχόλησή της με τη σωματική δραστηριότητα

Οι πολλοί ρόλοι που καλείται να εκπληρώσει καθημερινά η εργαζόμενη γυναίκα και μητέρα, της προκαλούν σημαντική σωματική και ψυχική καταπόνηση. Οι απαιτήσεις του επαγγέλματος και της οικογένειας, πολύ συχνά της δημιουργούν κούραση και συνεχές στρες.

Σήμερα, «οι Ευρωπαίες τα κάνουν όλα και...συμφέρουν!», όπως δημοσιεύτηκε σε πρόσφατο άρθρο της εφημερίδας «ΤΟ ΒΗΜΑ», καθώς «κρατούν το σπίτι και αναθρέφουν τα παιδιά, ενώ πρέπει να βρίσκουν χρόνο να γυμνάζονται και να καλλωπίζονται». «Κουρασμένη, γερασμένη και παχιά», χαρακτηρίζεται η σημερινή Ευρωπαϊά γυναίκα, σύμφωνα με έκθεση της Ιατρικής Σχολής του Τεχνικού Πανεπιστημίου της Δρέσδης. Στην έκθεση που σκιαγραφεί το προφίλ των γυναικών της Ευρώπης, περιλαμβάνονται στοιχεία σχετικά με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και την υγεία γυναικών 15 ετών και άνω, από τα 27 κράτη-μέλη της Ε.Ε., καθώς και από τη Νορβηγία, την Ισλανδία και το Λιχτενστάιν (σε κάποιες περιπτώσεις και από την Ελβετία).

Οι γυναίκες, αποδεικνύεται ότι, ασχολούνται πολύ περισσότερο με καθήκοντα εντός της οικίας για τα οποία «δεν πληρώνονται». Δεδομένα της Eurostat για το 2008, έδειξαν ότι στις Ευρωπαίες αντιστοιχούν κατά μέσον όρο 278 λεπτά οικιακών καθηκόντων ημερησίως, ενώ στους άνδρες ο χρόνος ενασχόλησης με τα του οίκου τους, είναι λιγότερος από μισός. Στοιχεία που αναφέρονται στην έκθεση μαρτυρούν ότι και η φροντίδα των παιδιών αποτελεί γυναικείο καθήκον («οι γυναίκες ασχολούνται τριπλάσιο χρόνο σε σύγκριση με τους άνδρες ημερησίως με την ανατροφή των τέκνων τους»).

¹⁴⁷ Διδακτορική Διατριβή : Βαστάρδη, Μ. (2007-2008). *Καταγραφή και αξιολόγηση γνώσεων, αντιλήψεων και συμπεριφορών σε θέματα διατροφής και υγείας σε εκπαιδευτικούς (προσωπικό) δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης*. Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

¹⁴⁸ Πτυχιακή Εργασία : Μακρή, Μ., Σπυροπούλου, Ε. (2005-2006). *Η προαγωγή υγείας από εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης στους μαθητές σε Καλαμάτα – Ρόδο*. ΤΕΙ Κρήτης

Η μακρά ζωή των γυναικών σε σύγκριση με αυτή των ανδρών, δεν σημαίνει απαραίτητα και χρόνια ανέφελα, απαλλαγμένα από προβλήματα υγείας. Σύμφωνα με τα δεδομένα, το γυναικείο φύλο πλήττεται (και τελικώς πεθαίνει) κυρίως από καρδιαγγειακά νοσήματα και καρκίνους. Ιδιαίτερη προτίμηση στις γυναίκες δείχνουν και τα προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως η κατάθλιψη, ενώ τις χτυπούν ιδιαίτερα και νευροεμφυλιστικές νόσοι, όπως η νόσος Αλτσχάιμερ.

Αν στη βλαβερή συνήθεια του καπνίσματος, προστεθεί η απουσία φυσικής άσκησης (μελέτη σε γυναίκες 15 κρατών-μελών, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, έδειξε ότι μόλις το $\frac{1}{3}$ γυμνάζεται επαρκώς), αλλά και ο δείκτης της ζυγαριάς που συνεχώς ανεβαίνει σε ευρωπαϊκό επίπεδο, τότε το μέλλον της υγείας του γυναικείου οργανισμού προδιαγράφεται τουλάχιστον αβέβαιο.¹⁴⁹

Πολλές γυναίκες δυσκολεύονται να βρουν το χρόνο να ασκηθούν. Αυτό μπορεί να συμβαίνει, επειδή δεν μπορούν να προσαρμόσουν τη σωματική δραστηριότητα στην καθημερινή ρουτίνα τους, λόγω των απαιτήσεων ή της εργασίας. Μερικές φορές, μάλιστα, η έλλειψη χρημάτων ή το κίνητρο, αποτελούν εμπόδια στις γυναίκες που είναι ενεργές.

Σύμφωνα με έρευνα σε γυναίκες στην Αυστραλία, όταν συγκρίνονται με τους άνδρες, κλίνουν λιγότερο στο να ασκηθούν και είναι λιγότερο πιθανό να συμμετέχουν σε αρκετή άσκηση για να επιτύχουν τα οφέλη υγείας. Περίπου 39% των γυναικών της Βικτόρια, δεν είναι αρκετά ενεργές και περισσότερο από 12% είναι απολύτως ανενεργές. Η έλλειψη άσκησης, είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για μια σειρά φυσικών καταστάσεων, συμπεριλαμβανομένης της καρδιαγγειακής πάθησης, του διαβήτη και της υψηλής πίεσης αίματος. Οι στατικές γυναίκες διατρέχουν, επίσης, έναν αυξανόμενο κίνδυνο οστεοπόρωσης αργότερα στη ζωή τους. Οι γυναίκες που ασκούνται τακτικά, αναφέρουν ότι το κάνουν για τους εξής λόγους: α) για να βελτιώσουν τη φυσική ικανότητά τους, β) γιατί έχει διασκέδαση, γ) για να διαχειριστούν το βάρος τους. Αντίθετα, τα κοινά εμπόδια άσκησης για τις (αυστραλές) γυναίκες αποτελούν: 1) η έλλειψη χρόνου, 2) η έλλειψη κινήτρου, 3) οι γονεϊκές απαιτήσεις, 4) η έλλειψη ενέργειας, 5) τα προβλήματα υγείας, 6) η έλλειψη χρημάτων, 7) τα στερεότυπα φύλου.¹⁵⁰

Η έρευνα της Dixon, στην οποία συμμετείχαν 44 εργαζόμενες μητέρες από πανεπιστήμιο στις Η.Π.Α., έδειξε ότι ο άκαμπτος σχεδιασμός, η ενοχή, το «στενό» πρόγραμμα, η οικογενειακή κατάσταση και η κοινωνική τάξη, αποτελούν παράγοντες για την περιορισμένη συμμετοχή στη δραστηριότητα.¹⁵¹

Επιπλέον, σύμφωνα με μελέτη των Im et al., μεταξύ 23 Λατίνων μεσήλικων γυναικών,

¹⁴⁹ Εφημερίδα «ΤΟ ΒΗΜΑ» (14/02/10). «Ευρωπαίες τα κάνουν όλα και...συμφέρουν!»

¹⁵⁰ www.betterhealth.vic.gov.au (χ.χ). "Physical activity – women"

¹⁵¹ Dixon, M.A. (2009). "From Their Perspective: A Qualitative Examination of Physical Activity and Sport Programming for Working mothers". www.sciencedirect.com

προκειμένου να ερευνηθεί η στάση τους απέναντι στη σωματική δραστηριότητα, διαπιστώθηκε ότι, αν και μερικές από αυτές αντιλήφθηκαν τη σημασία της, λόγω του ότι είχαν οικογενειακή ιστορία χρόνιων παθήσεων, θεωρούσαν ότι η σωματική δραστηριότητα θα ήταν «χάσιμο χρόνου» στα πολυάσχολα καθημερινά προγράμματά τους.¹⁵²

3.2.2 Εργασιακός χώρος και σωματική δραστηριότητα

Οι τεχνολογικές εξελίξεις έχουν τις μεγαλύτερες επιδράσεις σχετικά με τις ευκαιρίες για σωματική δραστηριότητα στους επαγγελματικούς χώρους. Ένα μεγάλο ποσοστό των υπαλλήλων ξοδεύει σήμερα το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου εργασίας του με ελάχιστη ή καμία σωματική δραστηριότητα. Αυτό συμβαίνει εν μέρει, επειδή ο τομέας των υπηρεσιών έχει επεκταθεί στις περισσότερες χώρες σε βάρος των γεωργικών και βιομηχανικών τομέων. Η πολιτική και το κοινωνικοπολιτιστικό περιβάλλον που παρέχονται από τους εργοδότες, είναι επίσης ένας σημαντικός καθοριστικός παράγοντας για τη συμπεριφορά σωματικής δραστηριότητας των υπαλλήλων. Παραδείγματος χάριν, έχει καταδειχθεί ότι η παροχή ενός διαστήματος χώρων στάθμευσης στην εργασία, ασκεί σημαντική επίδραση στον τρόπο μεταφοράς που χρησιμοποιείται από τους υπαλλήλους, που ευνοούν τη μηχανοποιημένη μεταφορά. Ομοίως, άλλες πολιτικές επιχείρησης, όπως η προσφορά των αυτοκινήτων, δεν ενθαρρύνουν τη φυσικά ενεργό κινητικότητα.¹⁵³

Αναρίθμητες μελέτες, που σχεδόν καθημερινά ανακοινώνονται σε όλον τον κόσμο, αναφέρουν τις επιπτώσεις της πολύωρης καθιστικής στάσης στην εργασία. Εντονότερα προβλήματα εντοπίζονται σε τηλεφωνητές, οδηγούς ταξί, εργαζομένους στην πληροφορική και σε διευθυντικά στελέχη. Δηλαδή σε όσους κινούνται λιγότερο.¹⁵⁴

Επίσης, είναι οπωσδήποτε φυσικό για έναν υπάλληλο με καθιστική εργασία, να έχει πολύ μικρότερη θερμιδική απώλεια από έναν εργάτη με σκληρή χειρωνακτική εργασία. Εκτός όμως από το σωματικό βάρος, είναι σημαντική η επίπτωση της ανενεργησίας και στη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά αίτια. Η καθιστική ζωή μπορεί να τετραπλασιάσει τον σχετικό κίνδυνο θανάτου από έμφραγμα. Παρατηρήσεις που έγιναν και δημοσιεύτηκαν πριν από 60 χρόνια έδειξαν ότι, οι οδηγοί στα λεωφορεία είχαν τριπλάσια συχνότητα εμφράγματος από τους εισπράκτορες.¹⁵⁵

Οι ενήλικοι ξοδεύουν το $\frac{1}{3}$ της ημέρας τους στην εργασία και το επάγγελμα και αυτό μπορεί να είναι ένας παράγοντας κινδύνου για την παχυσαρκία, λόγω των σχετικών

¹⁵² Im, E.O., Lee, B., Hwang, H., Yoo, K.H., Chee, W., Stuijbergen, A., Walker, L., Brown, A., McPeck, C., Miro, M., Chee, E. (2010). " 'A waste of time': Hispanic women's attitudes toward physical activity". 50(6):563-79. www.pubmed.com

¹⁵³ World Health Organization (2007). "Steps to health: A European framework to promote physical activity for health". www.euro.who.int

¹⁵⁴ Σταυρόπουλος, Λ. (04/01/11). «Κίνδυνοι από την καθιστική εργασία». www.iatronet.gr

¹⁵⁵ Μόρτογλου, Α. (2010). «Η μείωση του ενεργειακού κόστους των καθημερινών σωματικών δραστηριοτήτων ως αίτιο παχυσαρκίας». www.eiep.gr

κοινωνικοοικονομικών και συμπεριφοριστικών παραγόντων, όπως η σωματική δραστηριότητα και ο στατικός χρόνος. Με βάση τα στοιχεία από τη μελέτη των Allman-Farinelli et al., με στόχο να εξεταστεί ο ΔΜΣ και η επικράτηση του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας από το επάγγελμα, σε εργασιακά ενεργούς ενήλικους 20-64 ετών, διαπιστώθηκε ότι οι άνδρες σε εργασίες διευθυντικές και σε επαγγέλματα παραγωγής και μεταφορών, είχαν έναν υψηλότερο κίνδυνο για $\Delta\text{ΜΣ} \geq 25 \text{ kg/m}^2$, από εκείνους χωρίς επάγγελμα και οι γυναίκες σε εργασίες διευθυντικές, διαχειριστικές και δουλειές γραφείου και επαγγέλματα υπηρεσιών, είχαν έναν χαμηλότερο κίνδυνο.¹⁵⁶

Μελέτες δείχνουν, επιπρόσθετα, τις σωματικές επιπτώσεις της εργασίας με βάρδια στην υγεία των εργαζομένων και στην ανάγκη υιοθέτησης της σωματικής άσκησης στο καθημερινό τους πρόγραμμα. Εκτός από την οικογένεια και την κοινωνική ζωή, η εργασία με βάρδια επιφέρει επιπτώσεις και στην υγεία του εργαζόμενου, δημιουργώντας μια σειρά από προβλήματα, όπως κόπωση, παχυσαρκία, νευρωτικές διαταραχές από την έλλειψη ύπνου κ.λπ. Σύμφωνα με έρευνα των Zhao et al., σε 2.494 γυναίκες μαίες και νοσοκόμες (1.259 ημερήσια εργαζόμενες και 1.235 εργαζόμενες με βάρδια), με σκοπό να εξεταστεί η σχέση μεταξύ της εργασίας με βάρδια και του ανθυγιεινού βάρους, βρέθηκε ότι, από τους συμμετέχοντες, μόνο το 1% ήταν λιποβαρές, το 31.8% ήταν υπέρβαρο και το 26.9% παχύσαρκο. Μετά από τη ρύθμιση παραγόντων, οι οποίοι περιέλαβαν την εργασία με βάρδια, το ανθυγιεινό βάρος, την ποιότητα διατροφής, το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας, την κατανάλωση οινοπνεύματος και το κάπνισμα, οι εργαζόμενοι με βάρδιες ήταν 1.15 φορές πιθανότερο να είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι από τους ημερήσια εργαζομένους.¹⁵⁷ Επιπλέον, στη μελέτη των Croce et al., σε δείγμα 341 ανδρών (165 ημερήσια εργαζόμενοι και 176 εργαζόμενοι με βάρδια), διαπιστώθηκε ότι οι εργαζόμενοι με βάρδια είχαν υψηλότερο ΔΜΣ από τους ημερήσια εργαζομένους και αυτός ο συσχετισμός παρέμεινε και μετά από τη ρύθμιση για την ηλικία.¹⁵⁸

Ο εργασιακός χώρος είναι κατάλληλος για την προώθηση υγιεινών τρόπων διαβίωσης, αφού το είδος αλλά και το περιβάλλον εργασίας έχουν σημαντική επίδραση στην υγεία. Σύμφωνα με έρευνες στον Καναδά, τις Η.Π.Α., το Ηνωμένο Βασίλειο και τη Νέα Ζηλανδία, η διευκόλυνση της σωματικής δραστηριότητας κατά τη διάρκεια της εργασίας επιδρά θετικά στο ηθικό, στην επαγγελματική ικανοποίηση, στην ικανότητα ρύθμισης του άγχους, στην υγεία και ποιότητα ζωής, στην παραγωγικότητα και στην αποτελεσματικότητα στην εργασία.

Οι κινητικά δραστήριοι εργαζόμενοι μπορούν, επίσης, να μειώσουν τις απουσίες τους από

¹⁵⁶ Allman-Farinelli, M.A., Chey, T., Merom, D., Bauman, A.E. (2010). "Occupational risk of overweight and obesity: an analysis of the Australian Health Survey". 16;5:14. www.pubmed.com

¹⁵⁷ Zhao, I., Bogossian, F., Song, S., Turner, C. (2011). "The association between shift work and unhealthy weight : a cross-sectional analysis from the Nurses and Midwives' e-cohort Study". 53(2):153-8. www.pubmed.com

¹⁵⁸ Croce, N., Bracci, M., Ceccarelli, G., Barbadoro, P., Prospero, E., Santarellia, L. (2007). "Body mass index in shift workers: relation to diet and physical activity". 29(3 Suppl):488-9. www.pubmed.com

την εργασία, τους τραυματισμούς τους, τις αντικαταστάσεις του προσωπικού, τις αποζημιώσεις λόγω ασθενειών και τις δαπάνες των υπηρεσιών υγείας.¹⁵⁹

Επειδή οι περισσότεροι ενήλικοι ξοδεύουν τις μισές από τις καθημερινές ώρες τους στην εργασία, η εύρεση τρόπων για να συμπεριληφθεί η σωματική δραστηριότητα κατά τη διάρκεια της ημέρας εργασίας, καθώς επίσης και στη μεταφορά σε/και από τον εργασιακό χώρο και το σπίτι, είναι ο πρακτικότερος τρόπος για πολλούς ενήλικους να γίνουν πιο δραστήριοι.

Μια πρόσφατη μελέτη από τον Dishman et al., δίνει ένα παράδειγμα παρέμβασης σε ιδιωτικούς υπαλλήλους στις Η.Π.Α και τον Καναδά. Μετά από την πάροδο 12 εβδομάδων, κατά την οποία οι υπάλληλοι βρίσκονταν υπό κάποιον όρο παρέμβασης, τα ποσοστά των εργαζομένων που ακολουθούσαν τις τρέχουσες συστάσεις σωματικής δραστηριότητας αυξήθηκαν από 31% σε 51%. Στο ίδιο χρονικό διάστημα, ο αριθμός των βημάτων που έγιναν ανά ημέρα από τους υπαλλήλους (όπως μετρήθηκαν από το ποδόμετρο) αυξήθηκε μέχρι περίπου 2.000 βήματα, δηλαδή από 8.000 σε περίπου 10.000.¹⁶⁰

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με έρευνα γιατρών από το πανεπιστήμιο της Γενεύης σε 70 υπαλλήλους με καθιστική ζωή προέκυψε ότι, η χρήση σκάλας στο χώρο εργασίας για μετάβαση από τον έναν όροφο στον άλλο, πιθανόν να αποτελεί ένα σημαντικό μέτρο που εάν υιοθετηθεί μαζικά από τους εργαζόμενους, μπορεί να τους προσφέρει πολλά στον τομέα της πρόληψης των καρδιαγγειακών παθήσεων.¹⁶¹

Τέλος, μια ακόμη έρευνα, από το πανεπιστήμιο του Κουίνσλαντ της Αυστραλίας, που δημοσιεύτηκε στο ιατρικό περιοδικό «Diabetes Care», διαπίστωσε ότι δεν αρκεί μισή ώρα στο γυμναστήριο για να αντισταθμίσει τόσες ώρες καθιστικής ζωής. Γι' αυτό συστήνει σε όλους να εκμεταλλεύονται την παραμικρή ευκαιρία για να περπατούν και να μην κάθονται, π.χ. να πηγαίνουν με τα πόδια στο γραφείο ή για ψώνια, αν είναι εφικτό. Η έρευνα διαπίστωσε ότι άσχετα με το πόσο έντονη άσκηση ή πόσες ώρες κάθεται κανείς, όσοι κάνουν συχνά διαλείμματα από το «καθιστό», έχουν λεπτότερη μέση, χαμηλότερο συνολικό βάρος, χαμηλότερα τριγλυκερίδια και λιγότερο σάκχαρο στο αίμα.¹⁶²

Είναι πολλές, λοιπόν, οι ευκαιρίες για σωματική δραστηριότητα μέσα στην ημέρα, ακόμα και όταν οι επαγγελματικές υποχρεώσεις είναι τέτοιες που δεν αφήνουν πολλά περιθώρια για προγραμματισμό πιο συστηματικών μορφών άσκησης (π.χ. πρόγραμμα γυμναστηρίου). Αυτό που

¹⁵⁹ www.psychologyonline.gr (χ.χ.). "Physically Active in Business"

¹⁶⁰ Dishman, R., Dejoy, D., Wilson, M., Vandenberg, R. (2009). "Move to Improve A Randomized Workplace Trial to Increase Physical Activity". American Journal of Preventive Medicine, 36 (2), 133-141 DOI: [10.1016/j.amepre.2008.09.038](https://doi.org/10.1016/j.amepre.2008.09.038)

¹⁶¹ European Society of Cardiology (2008). "The Geneva stair study: Stair instead of elevator use at work - Cardiovascular preventive effects on healthy employees"

¹⁶² Εφημερίδα «ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ» (20/03/09). «Η σωματική άσκηση «χαρίζει» δύο χρόνια ζωής στους μεσήλικες». <http://portal.kathimerini.gr/>

χρειάζεται είναι η διάθεση για δραστηριοποίηση του σώματος, προκειμένου να ικανοποιηθούν οι βασικές ανάγκες του οργανισμού, χωρίς το άτομο να αισθάνεται τύψεις σχετικά με τη μη συμμετοχή του σε πιο συστηματικά ή έντονα προγράμματα άσκησης.

3.3. Διατροφή και άσκηση

Η σωστή διατροφή αποτελεί σαφώς ένα από τα πιο σημαντικά εφόδια για την καλή υγεία του οργανισμού. Όμως, ήδη από την αρχαιότητα, ο Ιπποκράτης ανέφερε ότι *«το φαγητό από μόνο του δεν αρκεί για την υγεία. Πρέπει να υπάρχει και άσκηση... Αν υπάρχει κάποια έλλειψη τροφής ή άσκησης το σώμα θα ασθενήσει»*.¹⁶³ Έτσι, ο συνδυασμός της διατροφής με τη σωματική άσκηση, ενισχύει το ανοσοποιητικό σύστημα και την ανθρώπινη άμυνα απέναντι σε ένα πλήθος ασθενειών. Ωστόσο, εκείνο που λίγοι γνωρίζουν είναι ότι, το βαθύτερο «μυστικό» της ψυχοσωματικής ευεξίας και της καλής υγείας, κρύβεται στην αρμονική σχέση διατροφής-γυμναστικής.

Νεότερες μελέτες αναφέρουν ότι, η παχυσαρκία είναι χειρότερη ακόμα και από το κάπνισμα, όσον αφορά στην εμφάνιση μιας ευρύτατης ομάδας τύπων καρκίνου. Σύμφωνα με την ογκολόγο Ε. Διαμαντίδου, κατά τη διάρκεια εκδήλωσης με θέμα «Οι εξελίξεις στη διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου» που πραγματοποιήθηκε από το Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο Θεσσαλονίκης, το 30%-40% των περιπτώσεων καρκίνου θα μπορούσαν να αποτραπούν, επιλέγοντας σωστή διατροφή, διατηρώντας ιδανικό βάρος σώματος και κάνοντας τακτική άσκηση.¹⁶⁴

Η διατροφή σε συνδυασμό με τη φυσική άσκηση, πρέπει να είναι πλούσια σε βιταμίνες και μέταλλα, που είναι απαραίτητα για την απελευθέρωση ενέργειας. Αντίθετα, η υπερβολική κατανάλωση βιταμινών και αλάτων, δεν έχει να προσφέρει επιπλέον ενέργεια στον οργανισμό. Ακόμη, η πρόσληψη ασβεστίου, μέσω της κατάλληλης διατροφής, είναι απαραίτητη. Επίσης, ο ρόλος που παίζει το νερό στον έλεγχο της θερμοκρασίας του σώματος, είναι σημαντικός στο να προληφθεί η αφυδάτωση, που μπορεί να προκληθεί λόγω της έντονης άσκησης. Μια ισορροπημένη διατροφή και άφθονα υγρά, αντικαθιστούν τα μέταλλα και το νερό που χάνονται με την παραγωγή ιδρώτα.¹⁶⁵

Από πειράματα που έγιναν, για να διαπιστωθεί κατά πόσο το είδος της διατροφής, τόσο μακροπρόθεσμα, όσο και βραχυπρόθεσμα, επηρεάζει την απόδοση των μυών κατά την επιτέλεση μυϊκού έργου, συμπεραίνονται τα ακόλουθα : 1) διαιτολόγιο που προσφέρει ενέργεια σε μεγάλο ποσοστό με τη μορφή του λίπους και σε ελάχιστο μόνο ποσοστό με τη μορφή υδατανθράκων, περιορίζει την ικανότητα για επιτέλεση βαριάς μυϊκής εργασίας στο μισό περίπου του

¹⁶³ Λαζαρίδης, Χ., Καταναλωτικά Βήματα. Τεύχος Νοεμβρίου – Δεκεμβρίου 2001. http://kepka.org/index.php?option=com_content&task=view&id=730&Itemid=57

¹⁶⁴ <http://health.in.gr/> (03/05/10). «Σωστή διατροφή και άσκηση για την αποτροπή του 30-40% των καρκίνων». ΑΠΕ-ΜΠΕ

¹⁶⁵ Αμερικάνου, Μ., Καρμίρη, Β., Παπακώστα, Χ. (2003). *Στοιχεία ειδικής διατροφής*. Αθήνα : ΒΗΤΑ

φυσιολογικού και 2) διαιτολόγιο φτωχό σε λίπος και πλούσιο σε υδατάνθρακες, αυξάνει την ικανότητα για μυϊκό έργο κατά 25% περίπου.¹⁶⁶

Η διατροφή αποτελεί πολύ σημαντικό παράγοντα στην επιτέλεση της μυϊκής άσκησης. Το διαιτολόγιο πρέπει να περιλαμβάνει, σε επαρκείς ποσότητες, όλες τις απαραίτητες θρεπτικές ουσίες. Αυτό όμως, δεν σημαίνει ότι υπερπρόσληψη ορισμένων επηρεάζει, κατά θετικό τρόπο, την ικανότητα για επιτέλεση μυϊκού έργου.¹⁶⁷ Η προσλαμβανόμενη καθημερινά, με τις τροφές, ενέργεια πρέπει να είναι ανάλογη με την καταναλισκόμενη, δηλαδή ανάλογη με το επιτελούμενο μυϊκό έργο, τη μυϊκή δραστηριότητα του ατόμου.

¹⁶⁶ Χατζημηνάς, Ι. (22/12/04). «Αθλητική δραστηριότητα και διατροφή». www.iatronet.gr

¹⁶⁷ Χατζημηνάς, Ι. (22/12/04). «Αθλητική δραστηριότητα και διατροφή». www.iatronet.gr

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΑΛΚΟΟΛ

4.1. Χρήση Οινοπνεύματος

Δεν είναι εξακριβωμένο πότε αρχίζει στην ιστορία της ανθρωπότητας η χρήση του αλκοόλ, αλλά ούτε και η εμφάνισή του έχει συσχετισθεί με την ύπαρξη ορισμένων ιστορικών και κοινωνικών συνθηκών. Ωστόσο, από τους πρώτους κιόλας πολιτισμούς, τόσο η παραγωγή όσο και η πώληση οινοπνευματωδών ποτών, αποτελούσαν διαδικασίες ρυθμισμένες με νόμους.

Στην αρχαία Ελλάδα, ευδοκίμωσε το σιτάρι, το αμπέλι, η ελιά. Όσοι δεν έτρωγαν ψωμί και δεν έπιναν κρασί, θεωρούνταν βάρβαροι. Ποτά με υψηλή συγκέντρωση οινοπνεύματος παρήχθησαν για πρώτη φορά με τη χρήση της απόσταξης από τους Αλχημιστές.¹⁶⁸ Επίσης, στην Παλαιά Διαθήκη, αναγράφονται οι απολαύσεις που προέρχονται από την κατανάλωση οινοπνεύματος με μέτρο, αλλά και οι δυσάρεστες επιπτώσεις που επέρχονται σε περίπτωση μέθης.

Το οινόπνευμα (αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη), σε μεγάλες ποσότητες κατανάλωσης κρύβει σοβαρό κίνδυνο, που σχετίζεται με πολλές παθολογικές καταστάσεις (σωματικής και ψυχικής υγείας), όπως και με σημαντικά κοινωνικά προβλήματα.

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. (2005), η κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να χαρακτηριστεί ως :

- 1. Επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ :** Ως επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ, έχει οριστεί το επίπεδο ή ο τρόπος κατανάλωσης που είναι πιθανόν να οδηγήσει σε βλάβη, εάν οι συνήθειες κατανάλωσης επιμείνουν. Δεν υπάρχει καθορισμένη συμφωνία για το επίπεδο κατανάλωσης αλκοόλ. Ο ορισμός του Π.Ο.Υ. την περιγράφει ως, τη μέση ημερήσια κατανάλωση 20-40γρ. αλκοόλ για τις γυναίκες και 40-60γρ. για τους άνδρες (ή περίπου 1 ποτήρι ημερησίως για τις γυναίκες και 2 για τους άνδρες).
- 2. Επιβλαβής κατανάλωση αλκοόλ :** Ως επιβλαβής κατανάλωση αλκοόλ, ορίζεται η μορφή κατανάλωσης που σχετίζεται με πρόκληση βλάβης στην υγεία, είτε οργανική (όπως κίρρωση του ήπατος), είτε ψυχική (όπως η δευτερογενής κατάθλιψη που ακολουθεί τη χρήση αλκοόλ). Βασισόμενος σε επιδημιολογικά στοιχεία που συσχετίζουν την κατανάλωση αλκοόλ με τη βλάβη, ο Π.Ο.Υ. υιοθέτησε ως ορισμό για την επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ, τη μέση κατανάλωση άνω των 40γρ. αλκοόλ ημερησίως στις γυναίκες και άνω των 60γρ. για τους άνδρες.
- 3. Βαριά επεισοδιακή κατανάλωση αλκοόλ «Binge Drinking» :** Ο όρος αυτός εμπεριέχει, εκτός από τη βαριά κατανάλωση, την έννοια του σε μία μόνη περίπτωση ή «συνεδρία χρήσης» ή στην καθομιλουμένη στην «καθισιά». Η χρήση οδηγεί σε τοξίκωση. Ένας άλλος

¹⁶⁸ www.bestrong.org.gr (24/08/10). «Η ιστορία του αλκοόλ»

ορισμός θα μπορούσε να είναι, η κατανάλωση σε μία μόνο περίπτωση το λιγότερο 60γρ. αλκοόλ.¹⁶⁹

Η διεκπεραίωση των περισσότερων κοινωνικών συναλλαγών, από κάθε είδους γιορτή και εκδήλωση μέχρι και σοβαρές επαγγελματικές συσκέψεις, περιλαμβάνουν την κατανάλωση της αλκοόλης. Ο τρόπος με τον οποίο είναι οργανωμένη η σύγχρονη οικογένεια, η εργασία και η κοινωνία γενικότερα, φαίνεται να αποτελεί σημαντικό παράγοντα αιτιολογίας της χρήσης αλκοόλ. Οι κοινωνικές πιέσεις που ασκούνται διαμέσου των κοινωνικών προβλημάτων όπως η οικονομία, η υγεία, η παιδεία, το περιβάλλον, η ανεργία κ.λπ., το λιγότερο που μπορούν να κάνουν είναι να οδηγήσουν έναν αριθμό ατόμων στην χρήση αλκοόλ.¹⁷⁰ Ακόμη, τα Μ.Μ.Ε. και κυρίως η διαφήμιση, που αποβλέπει στην αύξηση των πωλήσεων διάφορων προϊόντων, φαίνεται να συμβάλει ουσιαστικά στην αύξηση κατανάλωσης αλκοόλ.

Κλείνοντας, θα ήταν ωφέλιμο να επισημανθεί, αφενός ότι καθέννας από τους παράγοντες που προαναφέρθηκε ότι συμβάλλουν στη χρήση οινοπνεύματος, δεν συνεπάγεται απαραίτητα αλκοολισμό, αλλά αυξάνει κατά πολύ τις πιθανότητες εκδήλωσης του φαινομένου και αφετέρου οι παράγοντες αυτοί δεν λειτουργούν καθέννας τους χωριστά, αλλά με συλλογικό τρόπο, δηλαδή υπάρχει αλληλοεξάρτηση και αδιάκοπη αλληλεπίδραση μεταξύ τους.

4.2. Επιδημιολογικά στοιχεία κατανάλωσης αλκοόλ

Από τους αρχαίους χρόνους, η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών αποτελεί μια ευχάριστη και κοινωνικά αποδεκτή συνήθεια. Το αλκοόλ αποτελεί μία από τις ουσίες με τα υψηλότερα ποσοστά κατάχρησης στον κόσμο. Υπολογίζεται πως σχεδόν 1 στους 3 άνδρες και 1 στις 6 γυναίκες πίνουν υπερβολικά πολύ. Τα στοιχεία αυτά παρουσιάστηκαν σε έρευνα επιστημόνων από το Πανεπιστήμιο Κολούμπια και το Πανεπιστήμιο Γέιλ.¹⁷¹

Η Ελλάδα συγκαταλέγεται ανάμεσα στις χώρες, μεταξύ των άλλων ευρωπαϊκών χωρών, με μεσαία κατανάλωση οινοπνεύματος, ωστόσο παρουσίασε αύξηση της τάξεως του 8% μεταξύ του 1970 και 2003. Αξίζει να σημειωθεί ότι, χώρες όπως η Γαλλία και η Ιταλία έχουν σημειώσει αξιόλογη μείωση σε ποσοστό 35% και 50% αντίστοιχα για το ίδιο διάστημα.¹⁷²

Σύμφωνα με στατιστικές μελέτες, οι Έλληνες σε ποσοστό 34%, δηλώνουν ότι «1 ή και αρκετές φορές την εβδομάδα» καταναλώνουν 5 ή και περισσότερα αλκοολούχα ποτά, ενώ ο κοινοτικός μέσος όρος είναι 29%.¹⁷³ Κατά την Eurostat, η ετήσια κατά κεφαλήν κατανάλωση καθαρού αλκοόλ στην Ελλάδα είναι 8.7 λίτρα.¹⁷⁴

¹⁶⁹ www.bestrong.org.gr (24/08/10). «Αλκοόλ και υγεία»

¹⁷⁰ Ποταμιανός, Γ. (χ.χ.). *Νόμιμες ουσίες εξάρτησης – Αλκοόλ*. Αθήνα : ΠΑΠΑΖΗΣΗ

¹⁷¹ Τσουλέα, Ρ. (20/10/10). «Γιατί οι άντρες γίνονται συχνότερα αλκοολικοί». ΤΑ ΝΕΑ. <http://ygeia.tanea.gr/>

¹⁷² www.bestrong.org.gr (31/07/09). «Αλκοόλ και καρκίνος»

¹⁷³ www.diatrofi.gr (03/05/10). «Τα “τσούζουν” οι Έλληνες». ΑΠΕ-ΜΠΕ

¹⁷⁴ Σταματάκη, Α. (23/02/09). «Αλκοόλ και Διαβήτης». www.mednutrition.gr

Σύμφωνα με πανελλήνια έρευνα της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, σε 15.000 άτομα, 20-63 ετών, οι Έλληνες πίνουν πολύ και η χώρα μας κατέχει μία από τις πρώτες θέσεις στη λίστα της κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών. Μερικά από τα πιο ενδιαφέροντα στοιχεία της έρευνας αναφέρουν ότι :

- Ο 1 στους 5 νεαρούς και ενηλίκους ή μεσηλικούς πίνει περισσότερα από 3 ποτήρια αλκοόλ την ημέρα
- Πάνω από 7 στους 10 άνδρες, 20-59 ετών, πίνουν 3 ή λιγότερα ποτήρια αλκοόλ καθημερινά
- Περισσότερες από 7 στις 10 γυναίκες, 20-49 ετών, πίνουν 2 ή λιγότερα ποτήρια αλκοόλ την ημέρα
- Μόνο το 4.3% των γυναικών 20-40 ετών και το 3% των γυναικών 40-59 ετών, πίνουν περισσότερα από 2 ποτήρια την ημέρα
- Το ποσοστό των γυναικών που απείχαν από το αλκοόλ, ήταν υψηλότερο από το αντίστοιχο των ανδρών, σε όλες τις ηλικιακές ομάδες
- Το ποσοστό όσων δεν έπιναν (και για τα δύο φύλα), αυξανόταν όσο προχωρούσε η ηλικία τους, ενώ το ποσοστό όσων έκαναν κατάχρηση αλκοόλ μειωνόταν
- Όσοι έπιναν κρασί, είχαν λιγότερες πιθανότητες να γίνουν «σκληροί» πότες, συγκριτικά με όσους έπιναν άλλα οινοπνευματώδη ποτά
- Τα άτομα που ζούσαν μόνα τους, απείχαν σε μεγαλύτερο ποσοστό από το αλκοόλ, συγκριτικά με όσα ζούσαν με σύντροφο.¹⁷⁵

Στη μελέτη Attica (2002), βρέθηκε ότι το ποσοστό καθημερινής κατανάλωσης αλκοόλ στους ενήλικες άνδρες έφτανε το 42.5%, ενώ στις γυναίκες το 13.6%. Αντίστοιχα ποσοστά επιβεβαιώθηκαν και από άλλες έρευνες. Τα υψηλότερα ποσοστά κατανάλωσης και στα δύο φύλα, παρατηρούνται στις ηλικίες 55-64. Αντίθετα, τα ποσοστά ολοκληρωτικής αποχής από το αλκοόλ είναι χαμηλά για την Ελλάδα και αφορούν στο 8.3% του πληθυσμού (άνδρες 1.2%, γυναίκες 15.4%)¹⁷⁶

Όσον αφορά στο φύλο, οι άνδρες έχουν διπλάσιες πιθανότητες από τις γυναίκες να εθιστούν στο αλκοόλ. Σε έρευνα που πραγματοποίησαν επιστήμονες από τις Η.Π.Α., διαπίστωσαν ότι η μπίρα και το κρασί προσφέρουν στους άνδρες πολύ μεγαλύτερη ικανοποίηση απ' ό,τι στις γυναίκες.¹⁷⁷ Ωστόσο, από έρευνες που έλαβαν χώρα στο γενικό πληθυσμό, φαίνεται ότι αν και οι άνδρες έχουν το προβάδισμα αναφορικά με τη χρήση αλκοόλ, η κατανάλωση των γυναικών αυξάνεται τα τελευταία χρόνια με ταχύτατους ρυθμούς. Η αύξηση αυτή αφορά και την Ελλάδα και ειδικά την περιοχή της Αθήνας.¹⁷⁸

¹⁷⁵ Καραγιάννης, Ν. (13/07/03). «Αλκοόλ - ο "σιωπηλός δολοφόνος"». ΤΟ ΒΗΜΑ

¹⁷⁶ www.bestrong.org.gr (24/08/10). «Στατιστικά για το αλκοόλ»

¹⁷⁷ Τσουλέα, Ρ. (20/10/10). «Γιατί οι άντρες γίνονται συχνότερα αλκοολικοί». ΤΑ ΝΕΑ. <http://ygeia.tanea.gr/>

¹⁷⁸ Νομικού, Χ. (15/07/10). «Αλκοολισμός : Γιατί οι γυναίκες πίνουν». www.healthview.gr

Μάλιστα, οι γυναίκες που είναι κάτοχοι πανεπιστημιακών πτυχίων, τείνουν να καταναλώνουν περισσότερο αλκοόλ καθημερινά σε σχέση με τις λιγότερο μορφωμένες γυναίκες, σύμφωνα με Βρετανούς επιστήμονες από το London School of Economics. Ανάλογη σχέση διαπιστώθηκε και στους άνδρες, αλλά σε μικρότερο βαθμό. Στην έρευνα των Μποργκονόβι και Χουέρτα παρατηρήθηκε ότι, οι γυναίκες που είναι τελειόφοιτες πανεπιστημίου, έχουν περίπου διπλάσια πιθανότητα να πίνουν αλκοόλ σε καθημερινή βάση και επίσης είναι πιο πιθανό να παραδεχτούν ότι αντιμετωπίζουν πρόβλημα αλκοολισμού. Κατά τις ερευνητριες, πιθανές εξηγήσεις για το ότι οι μορφωμένες γυναίκες πίνουν περισσότερο, είναι το ότι αργούν να κάνουν παιδιά, αναβάλλουν τις ευθύνες τους ως γονείς, εκτίθενται στην κατανάλωση αλκοόλ στα φοιτητικά χρόνια, έχουν πιο ενεργή κοινωνική ζωή και εργάζονται συχνότερα σε ανδροκρατούμενα και ανταγωνιστικά περιβάλλοντα, όπου το αλκοόλ είναι συχνό φαινόμενο.¹⁷⁹

Επιπλέον, από τα στατιστικά δεδομένα του Κέντρου Απεξάρτησης από το αλκοόλ και τα τυχερά παιχνίδια «ΚΕΘΕΑ-ΑΛΦΑ», παρουσιάζονται στοιχεία για την ταυτότητα των εθισμένων ατόμων. Σύμφωνα με αυτά, ο 1 στους 2 που αντιμετωπίζει πρόβλημα με το ποτό, είναι παντρεμένος και απόφοιτος ανώτερης ή ανώτατης σχολής, ενώ 1 στα 3 άτομα που εντάσσονται στο πρόγραμμα απεξάρτησης είναι γυναίκα, παρά την καταγεγραμμένη δυσκολία του «ασθενούς» φύλου να απευθυνθεί σε τέτοια προγράμματα.¹⁸⁰ Τα άτομα που εθίζονται στο αλκοόλ, μπορεί να προέρχονται από όλα τα κοινωνικοοικονομικά επίπεδα, από κάθε επαγγελματική κατεύθυνση και από οποιοδήποτε μορφωτικό επίπεδο.

Σύμφωνα με έκθεση του Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. (Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά, 2007), οι συνήθεις χώροι κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών μπορεί να είναι είτε στο σπίτι, είτε να σχετίζονται με κάποια μορφή διασκέδασης/εξόδου. Συνήθως, 1 στους 3 ερωτώμενους καταναλώνει αλκοολούχα στο «σπίτι» (31.9%) ή στο «σπίτι κάποιου άλλου» (5.5%), ενώ η πλειοψηφία τους (61.9%) κυρίως σε χώρους διασκέδασης, όπως «μπαρ/ντίσκο/κλαμπ» (28.5%), «ταβέρνα/εστιατόριο» (19.2%) και «καφενείο/καφετέρια» (14.2%). Ακόμη, οι γυναίκες καταναλώνουν αλκοόλ στο «σπίτι» σε υψηλότερο ποσοστό από τους άνδρες (42.3% έναντι 33.6%), οι οποίοι καταναλώνουν αλκοόλ κυρίως σε «μπαρ/ντίσκο/κλαμπ» (30%). Επίσης, οι γυναίκες συνήθως «πίνουν» σε χώρους που δεν αποτελούν μέρη αποκλειστικής κατανάλωσης αλκοόλ, όπως οι ταβέρνες και τα εστιατόρια, ως συνοδευτικό του φαγητού, ενώ οι άνδρες σε χώρους διασκέδασης, όπως «μπαρ/ντίσκο/κλαμπ» και «καφενείο/καφετέρια».¹⁸¹

Η Ευρώπη έχει το πιο υψηλό επίπεδο κατανάλωσης οινοπνεύματος στον κόσμο. Σύμφωνα με μελέτη των Sieri et al., η οποία πραγματοποιήθηκε σε 13.025 άνδρες και 23.009 γυναίκες, 35-74 χρόνων, σε 10 ευρωπαϊκές χώρες, βρέθηκαν τα εξής. Σε πολλές περιοχές, εκείνοι που έπιναν σε

¹⁷⁹ Δεβετζόγλου, Γ. (06/04/10). «*“Γερά ποτήρια” οι μορφωμένες γυναίκες*». ΤΑ ΝΕΑ. <http://ygeia.tanea.gr/>

¹⁸⁰ www.madata.gr (22/08/10). «*“Ομηροι” του αλκοόλ και του τζόγου*»

¹⁸¹ www.bestrong.org.gr (24/08/10). «*Στατιστικά για το αλκοόλ*»

υψηλό βαθμό (άνδρες που κατανάλωναν >2 ποτά ημερησίως και γυναίκες που κατανάλωναν >1 ποτό ημερησίως), λάμβαναν περισσότερη ενέργεια από λίπος και πρωτεΐνη και λιγότερη από τη ζάχαρη σε σχέση με τους εγκρατείς. Το ποσοστό ενέργειας από το άμυλο, έτεινε να είναι υψηλότερο στους άνδρες και χαμηλότερο στις γυναίκες που έπιναν σε υψηλό βαθμό, απ' ότι στις εγκρατείς. Όσον αφορά στο βάρος, οι γυναίκες που έπιναν σε υψηλό βαθμό, είχαν χαμηλότερο ΔΜΣ από τις εγκρατείς, ενώ οι άνδρες που έπιναν σε υψηλό βαθμό, ζύγιζαν γενικά περισσότερο. Όσον αφορά στο μορφωτικό επίπεδο, οι άνδρες που κατανάλωναν αλκοόλ σε υψηλό βαθμό, ήταν κατώτερου επιπέδου εκπαίδευσης από τους εγκρατείς στις μεσογειακές χώρες, αλλά ήταν ανώτερου σε άλλες χώρες. Οι γυναίκες που κατανάλωναν αλκοόλ σε υψηλό βαθμό, ήταν συνήθως ανώτερου επιπέδου εκπαίδευσης από τις εγκρατείς. Τέλος, όσον αφορά στον τόπο κατανάλωσης, διαπιστώθηκε ότι εκτός οικίας, η κατανάλωση (και για τα δύο φύλα) έτεινε να είναι στα «σπίτια φίλων», ιδίως στη βόρεια και κεντρική Ευρώπη και σε «μπαρ» στην Ισπανία.¹⁸²

4.3. Σχέση αλκοόλ και διατροφής

Αρχικά, η Μεσογειακή διαίτα, που θεωρείται πρότυπο υγιεινής διατροφής, προωθεί τη λήψη μέτριας κατανάλωσης αιθυλικής αλκοόλης (κόκκινου κρασιού) μαζί με το γεύμα σε καθημερινή βάση. Το κόκκινο κρασί όταν καταναλώνεται με μέτρο (1-2 ποτήρια την ημέρα), έχει αποδεδειγμένα ευεργετική δράση στο καρδιαγγειακό σύστημα και βοηθά στη διατήρηση της «καλής» χοληστερόλης (HDL) και στην ελαστικότητα του ενδοθηλίου, χάρη των φλαβονοειδών ουσιών που περιέχει.¹⁸³ Ωστόσο, αυτό σε συνδυασμό με την άποψη ότι το οινόπνευμα έχει αγχολυτική αλλά και αφροδισιακή δράση, έχει δώσει άλλοθι σε αρκετούς πότες.

Έτσι, ενώ για το κάπνισμα ακόμη και 1 τσιγάρο είναι βλαβερό για την υγεία του ανθρώπου, δεν συμβαίνει το ίδιο και για τη χαμηλή κατανάλωση 1 αλκοολούχου ποτού την ημέρα. Αν και είναι γνωστό ότι η κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει το σωματικό βάρος, οι επιδράσεις του οινοπνεύματος στον οργανισμό εξαρτώνται από την ποσότητα που καταναλώνει κάποιος. Έτσι, οι άνθρωποι που καταναλώνουν 1-2 αλκοολούχα ποτά ημερησίως, έχουν χαμηλότερο κίνδυνο να παρουσιάσουν παχυσαρκία, σε σύγκριση με αυτούς που δεν πίνουν καθόλου.

Με βάση στοιχεία που υποστηρίζουν ότι η κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να προστατεύει από την παχυσαρκία, γιατροί από πανεπιστήμιο του Τέξας, εξέτασαν τη σχέση μεταξύ κατανάλωσης αλκοόλ και παχυσαρκίας, σε δείγμα 8.236 μη καπνιστών και τα αποτελέσματα έδειξαν τα εξής :

¹⁸² Sieri, S., Krogh, V., Saieva, C., Grobbee, D.E., Bergmann, M., Rohrmann, S., Tjønneland, A., Ferrari, P., Chloptsios, Y., Dilis, V., Jenab, M., Linseisen, J., Wallström, P., Johansson, I., Chirlaque, M.D., Sanchez, M.J., Niravong, M., Clavel-Chapelon, F., Welch, A.A., Allen, N.E., Bueno-de-Mesquita, H.B., van der Schouw, Y.T., Sacerdote, C., Panico, S., Parr, C.L., Braaten, T., Olsen, A., Jensen, M.K., Bingham, S., Riboli, E., Slimani, N. (2009). "Alcohol consumption patterns, diet and body weight in 10 European countries". 63 Suppl 4:S81-100. www.pubmed.com

¹⁸³ Φοντόρ, Χ. (17/01/09). «Η Μεσογειακή μας Διατροφή». www.mednutrition.gr

- Το 46% έπινε κατά μέσο όρο τουλάχιστον 1 ποτό το μήνα. Αυτοί που κατανάλωναν 4 ή περισσότερα ποτά κάθε μέρα, θεωρούταν ότι είχαν μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ
- Τα άτομα που κατανάλωναν 1 αλκοολούχο ποτό κάθε μέρα, είχαν 54% λιγότερες πιθανότητες να είναι παχύσαρκα. Το ίδιο περίπου παρατηρήθηκε και για αυτούς που έπιναν λίγο περισσότερο, μέχρι 2 ποτά ημερησίως, ή λίγο λιγότερο, μέχρι μερικά ποτά κάθε εβδομάδα
- Αυτοί που κατανάλωναν 4 ή περισσότερα αλκοολούχα ποτά κάθε μέρα, είχαν 46% περισσότερες πιθανότητες να είναι παχύσαρκοι, σε σύγκριση με αυτούς που δεν έπιναν καθόλου.¹⁸⁴

Το κρασί, που αποτελεί και παραδοσιακό προϊόν για τη χώρα μας, αποδεικνύεται λιγότερο επιβλαβές για την υγεία, σε σχέση με τα υπόλοιπα αλκοολούχα ποτά. Αυτό προκύπτει, αφενός, γιατί δεν έχει την ίδια τοξική επίδραση με τα οινοπνευματώδη, ως φαίνεται, και αφετέρου διότι έχει διαφορετική απορρόφηση από το σώμα σε σχέση με το αλκοόλ, λόγω του ότι συνήθως καταναλώνεται σε συνδυασμό με φαγητό και όχι σκέτο όπως συμβαίνει με τα ποτά.

Μελέτη του Ιατρικού Πανεπιστημίου της Βόρειας Καρολίνα, δείχνει ότι το «πολυδιαφημισμένο» καρδιαγγειακό όφελος του αλκοόλ, εμφανίζεται άμεσα στα άτομα μέσης ηλικίας και διασαφηνίζει ότι το όφελος αυτό, είναι μεγαλύτερο για εκείνους που καταναλώνουν κρασί σε σχέση με εκείνους που καταναλώνουν άλλα οινοπνευματώδη.¹⁸⁵

4.4. Εργαζόμενοι και κατανάλωση αλκοόλ

Είναι αποδεδειγμένο πως οι συνθήκες εργασίας (όπως το στρες, η πίεση εργασίας, η μονοτονία, οι αντικανονικές ώρες δουλειάς κ.λπ.), μπορεί να αποτελέσουν παράγοντα για ένα άτομο να αρχίσει να πίνει περισσότερο. Επίσης, οι ευκαιρίες που υπάρχουν για κατανάλωση επηρεάζουν κι αυτές με τον τρόπο τους, όπως π.χ. σε θέσεις εργασίας όπου υπάρχει άμεση πρόσβαση σε αλκοόλ ή όταν η κατανάλωση οινοπνεύματος είναι μέρος της επιχειρηματικής δραστηριότητας. Η διαθεσιμότητα αυτή, σε συνδυασμό με την έλλειψη εποπτείας, «επιτρέπει» στους εργαζομένους να κάνουν χρήση αλκοόλ.

Πιο συγκεκριμένα, τα επαγγέλματα παίζουν το ρόλο τους στην τάση των ανθρώπων να πίνουν. Οι διευθυντές επιχειρήσεων, οι μπάρμαν, οι ξενοδόχοι, οι σκηνοθέτες, οι ηθοποιοί, οι μουσικοί, οι μάγειροι και οι ναυτικοί, έχουν μεγάλη θνησιμότητα εξαιτίας της αλκοόλης, στην οποία συμπεριλαμβάνεται και η κίρρωση του ήπατος. Δεν γίνεται απόλυτα κατανοητό, γιατί αυτές οι ομάδες ανθρώπων έχουν την τάση να πίνουν πολύ, αλλά έχει αναφερθεί ότι σημαντικοί

¹⁸⁴ www.medlook.net (06/12/05). «Πόσο αλκοόλ πρέπει να πίνουμε για να μην παχαίνουμε;»

¹⁸⁵ Καρακώστα, Ν. (04/02/09). «Τα καλά και τα κακά νέα για το αλκοόλ. Κάποιοι επιστήμονες συστήνουν την τακτική κατανάλωσή του κι άλλοι αποθαρρύνουν τη χρήση και την κατάχρησή του». www.mednutrition.gr

παράγοντες είναι η διαθεσιμότητα των οινοπνευματωδών, η κοινωνική πίεση να πιουν, ή βλέποντάς το από την άλλη του όψη, ότι η επιλογή του επαγγέλματος που συνδέεται με το ποτό, γίνεται από ανθρώπους οι οποίοι είναι ήδη πότες.¹⁸⁶

Γενικότερα, η βραδινή εργασία (π.χ. καλλιτέχνες) και αυτή που είναι υπερβολικά μονότονη (π.χ. ανειδίκευτοι εργάτες), ωθεί τους ανθρώπους για ευνόητους λόγους σε μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλης. Ακόμη, η μακρόχρονη απουσία από την οικογένεια (π.χ. ναυτικοί), θεωρείται εξίσου ως παράγοντας αύξησης της χρήσης, λόγω της μοναξιάς που αισθάνεται το άτομο, της θλίψης που βρίσκεται μακριά από τους δικούς του κ.α. Οι επαγγελματίες που έχουν άμεση σχέση με την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών (π.χ. ιδιοκτήτης μπαρ, κάβας κ.λπ.), φαίνεται ότι εκ των πραγμάτων έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες προσωπικής κατανάλωσης.

Σε μελέτη της Βρετανικής Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας, σχετικά με τις κοινωνικές ανισότητες και τους θανάτους που οφείλονται στην υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ κατά την τελευταία δεκαετία, παρουσιάστηκε ότι οι γυναίκες καριέρας και όσες έχουν διοικητικές θέσεις, πίνουν εβδομαδιαίως κατά μέσο όρο 10.2 μονάδες αλκοόλ, δηλαδή περισσότερο από 1 μπουκάλι κρασί, ενώ εκείνες που κάνουν χειρωνακτικές εργασίες, καταναλώνουν μόλις 6.5 μονάδες αλκοόλ.¹⁸⁷

Σύμφωνα με έρευνα, στα πλαίσια πτυχιακής εργασίας, από τις Μπομπολάκη και Σταματελοπούλου, του Τμήματος Νοσηλευτικής, με θέμα «*Νοσηλευτική και υγιεινός τρόπος ζωής : Μια ολέθρια σχέση*» (2004), η οποία πραγματοποιήθηκε σε νοσηλευτές των νοσοκομείων του Ηρακλείου, παρουσιάστηκαν τα ακόλουθα. Το 53% των ερωτηθέντων κατανάλωνε αλκοόλ. Είναι γεγονός, ότι πολλοί νοσηλευτές καταναλώνουν αλκοόλ για να «ξεφύγουν» από τις στρεσογόνες και πιεστικές καταστάσεις που δημιουργούνται στο χώρο του νοσοκομείου, καθώς θεωρούν το ποτό ως οδό διαφυγής και χαλάρωσης. Επίσης, το 81.3% κατανάλωνε αλκοόλ με μικρή συχνότητα, ενώ μόλις το 1.88% με μεγάλη συχνότητα, κάτι που δείχνει ότι οι νοσηλευτές, αφενός, έχουν επίγνωση των επιπτώσεων του αλκοόλ στην υγεία τους και αφετέρου ελέγχουν την ποσότητα αλκοόλης που καταναλώνουν αποτρέποντας την εξάρτησή τους από αυτήν. Ακόμη, περίπου το 46% προτιμούσε να καταναλώνει κρασί και το 40% άλλα ποτά. Το ποσοστό που κατανάλωνε, ως επί το πλείστον, ούισκι ήταν μικρό, περίπου το 15%. Αυτή η προτίμηση στο κρασί και σε άλλα επίσης ελαφριά ποτά οφείλεται, εκτός από το ότι οι νοσηλευτές γνωρίζουν τις συνέπειες του αλκοόλ κι αποφεύγουν τα ποτά που περιέχουν μεγάλη ποσότητα οινοπνεύματος και στην πλειοψηφία των γυναικών στο νοσηλευτικό επάγγελμα, οι οποίες προτιμούν γενικότερα το κρασί από ότι άλλα ποτά.¹⁸⁸

¹⁸⁶ Jaffe, J., Peterson, R., Hodgson, R. (χ.χ.). *Ο Κύκλος της ζωής – Ναρκωτικά – Τσιγάρο – Αλκοόλ – Προβλήματα και απαντήσεις*, Μαράτου, Ο., Σόλμαν, Μ., Αθήνα : ΨΥΧΟΓΙΟΣ

¹⁸⁷ www.livit.gr (2009). «*Οι κακοπληρωμένες γυναίκες τα τσούζουν*»

¹⁸⁸ Πτυχιακή εργασία : Μπομπολάκη, Δ., Σταματελοπούλου, Α. (2004). *Νοσηλευτική και υγιεινός τρόπος ζωής : Μια ολέθρια σχέση*. ΤΕΙ Κρήτης

Ακόμη, στην έρευνα της Γιαννοπούλου (2005), αναφορικά με την εβδομαδιαία κατανάλωση αλκοόλ χαμηλής περιεκτικότητας, παρουσιάστηκε ότι 1 στους 4 καθηγητές δεν έπινε καθόλου. Οι άνδρες κατανάλωναν περισσότερο χαμηλής περιεκτικότητας οινοπνευματώδη ποτά από τις γυναίκες (μέση τιμή 4.4 και 2.2 ποτήρια ανά εβδομάδα αντίστοιχα). Όσο για τη κατανάλωση αλκοόλ υψηλής περιεκτικότητας, βρέθηκε να είναι χαμηλότερη, αφού περίπου 7 στους 10 ερωτηθέντες δεν έπιναν καθόλου. Οι άνδρες κατανάλωναν περισσότερο υψηλής περιεκτικότητας οινοπνευματώδη ποτά από τις γυναίκες (μέση τιμή 1.6 και 0.7 ποτήρια ανά εβδομάδα αντίστοιχα). Έτσι, γίνεται φανερό πως και στις δύο περιπτώσεις (τόσο για την χαμηλή, όσο και για την υψηλή περιεκτικότητα αλκοόλ), οι άνδρες παρουσίαζαν μεγαλύτερη κατανάλωση σε σχέση με τις γυναίκες.¹⁸⁹

Παράλληλα, στη μελέτη των Μακρή και Σπυροπούλου (2005-2006), σχετικά με την εβδομαδιαία κατανάλωση αλκοόλ χαμηλής περιεκτικότητας, διαπιστώθηκε πως το 29% δεν κατανάλωνε καθόλου, ενώ το 71% κατανάλωνε τουλάχιστον 1 ποτήρι. Αντιθέτως, όσον αφορά στην υψηλής περιεκτικότητας κατανάλωση αλκοόλ, το 62% δεν κατανάλωνε καθόλου, έναντι του 38% που κατανάλωνε τουλάχιστον 1 ποτήρι την εβδομάδα.¹⁹⁰

Συμπερασματικά, ο τρόπος ζωής ενός ατόμου (το γνωστό «life style»), θεωρείται παράγοντας αύξησης της κατανάλωσης του αλκοόλ. Ιδιαίτερα ευάλωτα φαίνεται ότι είναι τα άτομα που ζουν και εργάζονται υπό συνθήκες πίεσης, όπως π.χ. στελέχη επιχειρήσεων, δημοσιογράφοι, δικηγόροι κ.λπ. Όσον αφορά στην ψυχαγωγία, η συνηθισμένη πλέον έκφραση «να βρεθούμε το βράδυ για ένα ποτό», τα λέει όλα.¹⁹¹

¹⁸⁹ Μεταπτυχιακή Εργασία : Γιαννοπούλου, Ε. (2005). *Συνήθειες υγείας και στάσεις των καθηγητών μέσης εκπαίδευσης σε θέματα αγωγής υγείας*. Πανεπιστήμιο Κρήτης

¹⁹⁰ Πτυχιακή Εργασία : Μακρή, Μ., Σπυροπούλου, Ε. (2005-2006). *Η προαγωγή υγείας από εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης στους μαθητές σε Καλαμάτα – Ρόδο*. ΤΕΙ Κρήτης

¹⁹¹ Ποταμιανός, Γ. (χ.χ.). *Νόμιμες ουσίες εξάρτησης – Αλκοόλ*. Αθήνα : ΠΑΠΑΖΗΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΚΑΠΝΙΣΜΑ

5.1. Προσεγγίζοντας την καπνιστική συνήθεια

Σήμερα, το κάπνισμα αποτελεί τον μεγαλύτερο αυτοεπιβαλλόμενο κίνδυνο για την υγεία και την υπ' αριθμόν ένα προλήψιμη αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας. Παρόλο που αποτελεί το πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα επιλέξιμης ανθυγιεινής συμπεριφοράς, η καπνιστική συνήθεια καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από κοινωνικούς, οικονομικούς, εκπαιδευτικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Στις αναπτυγμένες χώρες, το κάπνισμα είναι πολύ πιο διαδεδομένο στα κατώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα, ενώ ραγδαία είναι και η ανάπτυξή του στις χώρες της ανατολικής Ευρώπης και του λεγόμενου Τρίτου και Τέταρτου Κόσμου.

Το υποκειμενικό αίσθημα που προκαλεί η χρήση της νικοτίνης, χαρακτηρίζεται από βελτίωση της διάθεσης, ενίσχυση των γνωσιακών λειτουργιών και μείωση της όρεξης για φαγητό.¹⁹² Η υπερβολική ποσότητά της, μπορεί να προκαλέσει ζαλάδα, αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος, φουσκάλες στο δέρμα, κατακράτηση ιδρώτα, ανορεξία, αρρυθμία, τρόμο, ναυτία και πτώση της πίεσης. Το μονοξειδίο του άνθρακα, αποτελεί βλαπτική ουσία που εμπεριέχεται στον καπνό του τσιγάρου. Δεν μειώνει μόνο τη μεταφερόμενη ποσότητα οξυγόνου, καθώς αυτό ενώνεται με την αιμοσφαιρίνη (μια πρωτεΐνη που μεταφέρει το οξυγόνο από τους πνεύμονες στο υπόλοιπο σώμα, καθώς και το διοξείδιο του άνθρακα πίσω στους πνεύμονες), αλλά και δυσχεραίνει τη μεταφορά οξυγόνου από το αίμα στους ιστούς, προκαλώντας τους χρόνιες βλάβες. Η πίσσα, είναι ουσιαστικά αυτό που απομένει μετά την απομάκρυνση της νικοτίνης και της υγρασίας. Πρόκειται για ένωση πολλών και καρκινογόνων ουσιών, έχει σκούρο χρώμα και κολλώδη υφή. Επικάθεται στους βλεννογόνους του στόματος, των πνευμόνων, του στομάχου και του εντέρου, συμβάλλοντας στην πρόκληση καρκίνου αυτών των περιοχών, αλλά και στην εκδήλωση εμφυσήματος, χρόνιων αναπνευστικών ή και άλλων παθήσεων.¹⁹³

Γενικά, το κάπνισμα είναι μια συνήθεια που ξαφνιάζει και αναστατώνει τον ανθρώπινο οργανισμό, τον δυσκολεύει και τον καταπονεί μέχρι να την υιοθετήσει, διότι είναι ξένη προς τις φυσιολογικές, βιολογικές λειτουργίες του. Δεν αποτελεί λειτουργία που έχει προβλέψει η φύση, αλλά συνήθεια που επινόησε ο άνθρωπος και μάλιστα από την εποχή που ζούσε ακόμη σε σχεδόν πρωτόγονη κατάσταση. Ωστόσο, όταν το άτομο εθιστεί στον καπνό, τον κάνει αδιάσπαστο μέρος της ζωής του και δυσκολεύεται μετά να απαλλαγεί από αυτόν.

Η καπνιστική συνήθεια, αποτελεί μάστιγα της σύγχρονης εποχής που έχει σοβαρές επιπτώσεις τόσο στην υγεία, όσο και στην οικονομία, παγκοσμίως. Σήμερα υπάρχουν πάνω από 1

¹⁹² Ζαχαράκης, Κ. (2007). «Η εξάρτηση από την νικοτίνη και η θεραπεία της». www.hygeia.gr

¹⁹³ www.bestrong.org.gr (23/08/10). «Καπνός και εξάρτηση»

δισεκατομμύριο καπνιστές στον κόσμο και συνολικά η χρήση του καπνού αυξάνεται, με την επιδημία να μεταφέρεται στις αναπτυσσόμενες χώρες.¹⁹⁴

Ο Π.Ο.Υ. έχει ορίσει το κάπνισμα «ως μια διαταραχή που οφείλεται σε κατάχρηση χημικής ουσίας και ευθύνεται ή ενοχοποιείται για περισσότερα από 25 σοβαρά νοσήματα, όπως ο καρκίνος του πνεύμονα, η καρδιακή νόσος, το εγκεφαλικό επεισόδιο, το εμφύσημα κ.α.». ¹⁹⁵

Έτσι, το κάπνισμα προκαλεί σημαντική πτώση στους δείκτες ποιότητας ζωής. Παρ' όλα αυτά, είναι «αποδεκτό» από την κοινωνία, αφού δεν θεωρείται παράνομο ή τόσο κατακριτέο. Πιθανόν, γιατί δεν προκαλεί τόσο μεγάλη αλλαγή της συμπεριφοράς του ατόμου, τουλάχιστον φανερά. Ωστόσο, ένας καπνιστής μπορεί να αποφύγει να παρευρεθεί κάπου όπου δεν επιτρέπεται το κάπνισμα, κάτι που αποτελεί μια μικρή αλλαγή της συμπεριφοράς του, εφόσον περιορίζεται η ελευθερία που θα είχε σε περίπτωση που δεν κάπνιζε.

Στη διεθνή βιβλιογραφία, κατά τους Garisson et al. (2003), η έναρξη του καπνίσματος συνδέεται με παράγοντες, όπως κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές, κοινωνική πίεση από τους συνομηλίκους, οικογενειακά και κοινωνικά πρότυπα. Σύμφωνα με τις Ευθυμίου και Σοφianoπούλου (2007), η διατήρηση της καπνιστικής συμπεριφοράς συνδέεται τόσο με βιολογικές (συμπτώματα στέρησης), όσο και με ψυχολογικές μεταβλητές (σύνδεση του καπνίσματος με θετικά συναισθήματα, όπως χαλάρωση και απόλαυση, αλλά και καταστροφικές πεποιθήσεις του καπνιστή σε περίπτωση διακοπής του καπνίσματος).¹⁹⁶ Επιστήμονες, προσπάθησαν να διερευνήσουν και άλλους λόγους που ωθούν κάποιον να ξεκινήσει το κάπνισμα, μερικοί από τους οποίους είναι : γενετικοί λόγοι, διαφημιστικοί λόγοι, καθώς και λόγοι σχετικά με τον έλεγχο βάρους σώματος του ατόμου.

5.2. Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της χρήσης καπνού και κοινωνικές συνέπειες

Επιδημιολογία καπνίσματος

Παρ' όλες τις συστηματικές προσπάθειες που γίνονται σε διεθνές επίπεδο για τη μείωση του ποσοστού των καπνιστών, ένας σημαντικός αριθμός ανθρώπων εξακολουθεί να είναι εξαρτημένος από τη νικοτίνη. Το 23.5% των ενηλίκων στις Η.Π.Α., συνεχίζει να καπνίζει και ενώ 70% των ατόμων που καπνίζουν, αναφέρει ότι θα ήθελε να σταματήσει, μόνο 7.9% μπορεί να το κάνει χωρίς βοήθεια.¹⁹⁷ Έκθεση από το Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Ασθενειών, στις Η.Π.Α., σημειώνει ότι οι περισσότεροι καπνιστές είναι άνδρες και όχι γυναίκες, όπως επίσης κι ότι καπνίζει το 30% αυτών που ζουν κάτω από τα επίπεδα φτώχειας.

¹⁹⁴ Μπισριτζόγλου, Δ. (02/09/10). «Τα οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος». www.diatrofi.gr

¹⁹⁵ www.vita.gr (04/11/08). «Πνεύμονες ζωής»

¹⁹⁶ www.bestrong.org.gr (23/08/10). «Στατιστικά για το κάπνισμα»

¹⁹⁷ Μακρή, Ι. (2010). «Ψυχολογικές παρεμβάσεις στη διακοπή του καπνίσματος». www.hygeia.gr

Ο Π.Ο.Υ. (2007) υπολογίζει ότι στην Ευρώπη, περίπου 215 εκατομμύρια ανθρώπων καπνίζουν, από τα οποία τα 130 εκατομμύρια είναι άνδρες. Το ποσοστό καπνιστών στους άνδρες είναι κατά μέσο όρο 34% στη Δυτική Ευρώπη και 47% στην Ανατολική, ενώ στις γυναίκες 25% στη Δυτική Ευρώπη και 20% στην Ανατολική.¹⁹⁸

Σύμφωνα με το Ευρωβαρόμετρο (2010), το 42% των Ελλήνων (47% άνδρες και 38% γυναίκες) καπνίζει, όταν ο μέσος κοινοτικός όρος είναι 29% (35% άνδρες και 25% γυναίκες). Στην Ε.Ε., υψηλά ποσοστά καπνιστών παρατηρούνται ακόμη στη Βουλγαρία (39%) και την Ουγγαρία (38%), ενώ τα χαμηλότερα στη Σουηδία (16%) και τη Φινλανδία (21%). Επίσης, διαπιστώνεται ότι καπνίζει το 39% των Ελλήνων, στις ηλικίες 15-24, (35% στην Ε.Ε.), το 54% στις ηλικίες 25-39 (37% στην Ε.Ε.), το 57% στις ηλικίες 40-54 (35% στην Ε.Ε.) και το 23% στις ηλικίες άνω των 55 (17% στην Ε.Ε.). Οι καπνιστές στην Ελλάδα, καπνίζουν κατά μέσο όρο 21.4 τσιγάρα ημερησίως (14.4 στην Ε.Ε.), με τους άνδρες να καταναλώνουν 23.8 τσιγάρα την ημέρα (15.7 στην Ε.Ε.) και τις γυναίκες 18.7 (12.8 στην Ε.Ε.).¹⁹⁹

Η Ελλάδα παρουσιάζει την υψηλότερη αναλογία καπνιστών μεταξύ των δυτικοευρωπαϊκών χωρών (37.6%). Κατά την τελευταία δεκαετία, παρατηρείται μείωση του ποσοστού, όμως εξακολουθεί να αποτελεί το υψηλότερο μεταξύ των χωρών της Δυτικής Ευρώπης. Παρά τη διαφαινόμενη μείωση των καπνιστών, ο μέσος ετήσιος αριθμός τσιγάρων κατά άτομο παρουσιάζει αύξηση. Στη δεκαετία 1991-2001, αυξήθηκε κατά 29.7% και έφτασε τα 3.089.4 τσιγάρα και τελικά το 2004 τα 3.199.8. Η Ελλάδα έχει τον υψηλότερο αριθμό καταναλισκόμενων τσιγάρων κατά άτομο στη Δυτική Ευρώπη. Μετά το 2000, ο μέσος ετήσιος κατά κεφαλήν αριθμός τσιγάρων στην Ελλάδα, είναι διπλάσιος απ' ότι στη Γερμανία, Γαλλία και Μ. Βρετανία και πενταπλάσιος απ' ότι στη Νορβηγία.²⁰⁰

Η εταιρεία Focus (2006), δημοσίευσε στοιχεία πανελλαδικής έρευνας με τίτλο «Ο Έλληνας και το κάπνισμα». Σύμφωνα με τα στοιχεία, το 41% των ερωτηθέντων ήταν καπνιστές τουλάχιστον 6 τσιγάρων ημερησίως. Κατά το Ευρωβαρόμετρο, το αντίστοιχο μέσο ποσοστό στην Ε.Ε., βρίσκεται στο 30%. Δεν είναι όμως μόνο ότι καπνίζουν «πολλοί», πρόβλημα είναι επίσης ότι καπνίζουν «πολύ». Ακόμη στην έρευνα παρουσιάζεται ότι, οι «σκληροπυρηνικοί» καπνιστές (>από 2 πακέτα την ημέρα) ανέρχονται σε 15%, οι «μετριοπαθείς» (20-39 τσιγάρα) σε 38%, οι «ευκαιριακοί» (6-19 τσιγάρα) σε 35% και οι «περιστασιακοί» (έως 5 τσιγάρα την ημέρα) σε 12%.²⁰¹

Με βάση το συνέδριο της Εταιρίας Έρευνας για τη Νικοτίνη και τον Καπνό, πραγματοποιήθηκε έρευνα για την καπνιστική συνήθεια και τις διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα

¹⁹⁸ www.bestrong.org.gr (23/08/10). «Στατιστικά για το κάπνισμα»

¹⁹⁹ Εφημερίδα «ΤΟ ΒΗΜΑ» (27/05/10). «Ευρωβαρόμετρο – “Πρώτοι” οι Έλληνες στην κατανάλωση προϊόντων καπνού»

²⁰⁰ www.bestrong.org.gr (23/08/10). «Στατιστικά για το κάπνισμα»

²⁰¹ Διαμαντόπουλος, Θ. (2007). «Το κάπνισμα στην Ελλάδα». ΤΟ ΕΘΝΟΣ

στα δύο φύλα. Σύμφωνα με αυτήν, οι γυναίκες, δείχνουν να είναι πιο ευαίσθητες σε ότι αφορά τις αυξήσεις των τιμών των προϊόντων καπνού και τις απαγορεύσεις καπνίσματος σε δημόσιους χώρους απ' ότι οι άνδρες. Ενώ οι άνδρες, φαίνεται να είναι πιο ελπιδοφόροι στις εκπαιδευτικές αντικαπνιστικές εκστρατείες απ' ότι οι γυναίκες. Ακόμη, αποδείχθηκε πως και στα δύο φύλα, οι καπνιστές ήταν περισσότεροι στις ηλικίες άνω των 40, σε αυτούς με χαμηλή μόρφωση και στους διαζευγμένους ή μοναχικούς.²⁰²

➤ **Νοσηρότητα**

Επιλέγοντας το κάπνισμα, οι άνθρωποι αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης διαφόρων νόσων και μειώνουν το προσδόκιμο επιβίωσής τους. Το τακτικό κάπνισμα (ακόμη και 1 τσιγάρο την ημέρα), έχει συσχετιστεί αιτιολογικά με ένα σημαντικό αριθμό νοσημάτων. Ο αυξημένος κίνδυνος τόσο στους άνδρες, όσο και στις γυναίκες, είναι ανάλογος με την ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων και τη χρονική διάρκεια της καπνιστικής συνήθειας, καθώς επίσης και (σε μικρότερο βαθμό) με τον τύπο του τσιγάρου και τον βαθμό εισπνοής του καπνού.

Υπεύθυνο για το θάνατο 14.500 ατόμων την ημέρα είναι το τσιγάρο. Παράλληλα, ευθύνεται για τη νοσηρότητα που εμφανίζουν οι 1.3 δισεκατομμύρια καπνιστές σε όλο τον κόσμο.²⁰³ Εκτός όμως από τα χρόνια που χάνει ένα άτομο εξαιτίας του τσιγάρου, θα πρέπει κανείς να αναλογιστεί και τα χρόνια που υποφέρει ο καπνιστής από τις αρρώστιες που προκαλεί το κάπνισμα.

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. (2007), το κάπνισμα προκαλεί τουλάχιστον 25 απειλητικές για τη ζωή ασθένειες ή ομάδες ασθενειών και αποτελεί μείζονα παράγοντα κινδύνου σε 8 από τις 16 κύριες αιτίες θανάτου, ανθρώπων ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών.²⁰⁴

Στον Ελλαδικό χώρο, επικρατεί δεινή κατάσταση αναφορικά με το κάπνισμα, παρά το ότι η εξάρτηση από τη νικοτίνη θεωρείται πλέον ασθένεια, η οποία χρήζει ιατρικής βοήθειας, καθώς επίσης και το ότι η καπνιστική συνήθεια αποτελεί το σοβαρότερο πρόβλημα υγείας του ελληνικού πληθυσμού, επιφέροντας τεράστιες -και σε κάποιες περιπτώσεις ανεπανόρθωτες- επιπτώσεις.

➤ **Θνησιμότητα**

Ο Π.Ο.Υ. εκτιμά ότι, το $\frac{1}{3}$ του παγκόσμιου ενήλικου πληθυσμού, δηλαδή 1.1 δισεκατομμύρια άνθρωποι, είναι καπνιστές και ότι ο καπνός προκαλεί 3.5 εκατομμύρια θανάτους ετησίως σε όλο τον κόσμο. Ποσοστό που ισοδυναμεί με 10.000 θανάτους την ημέρα από ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα.²⁰⁵

²⁰² <http://lykeio5ioanninon.tripod.com> (χ.χ.). «Κάπνισμα – Υγεία»

²⁰³ Δεβετζόγλου, Γ. (26/01/10). «Το τσιγάρο σκοτώνει 14.500 άτομα την ημέρα». ΤΑ ΝΕΑ. <http://ygeia.tanea.gr/>

²⁰⁴ www.bestrong.org.gr (χ.χ.). «Κάπνισμα και υγεία»

²⁰⁵ www.bestrong.org.gr (χ.χ.). «Κάπνισμα και υγεία»

Οι επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία, ευθύνονται για 2 εκατομμύρια θανάτους το χρόνο στις αναπτυγμένες χώρες και 1 εκατομμύριο στις αναπτυσσόμενες. Έχει υπολογιστεί ότι κάθε τσιγάρο που καπνίζεται, αφαιρεί κατά μέσο όρο 5 λεπτά από τη ζωή του καπνιστή. Έχει, επίσης, υπολογιστεί ότι, κάθε 10 δευτερόλεπτα ένας άνθρωπος πεθαίνει εξαιτίας του τσιγάρου. Ο αριθμός αυτός συνεχώς αυξάνεται, κυρίως επειδή αυξάνονται οι θάνατοι μεταξύ των γυναικών καπνιστριών παγκοσμίως και ο αριθμός των καπνιστών στις αναπτυσσόμενες χώρες.²⁰⁶ Εάν τα αυστηρά μέτρα ελέγχου του καπνίσματος που έχουν εφαρμοστεί σε ορισμένες αναπτυγμένες χώρες εφαρμοστούν παγκοσμίως, θα προληφθούν 3 εκατομμύρια θάνατοι μέχρι το 2030.²⁰⁷

Θα πρέπει, επίσης, να είναι γνωστό ότι, το κάπνισμα προκαλεί 4 φορές περισσότερους πρώιμους θανάτους απ' ό,τι προκαλούν όλες μαζί οι παρακάτω καταστάσεις : τροχαία ατυχήματα, κατάχρηση αλκοολούχων ποτών, τοξικομανία, αυτοκτονίες. Όταν γίνεται αναφορά σε πρώιμους θανάτους, νοούνται οι θάνατοι που έρχονται σε μικρότερη ηλικία από αυτή που λογικά το άτομο θα έπρεπε να πεθάνει. Τα πόσα χρόνια ένας καπνιστής χάνει από τη ζωή του, είναι υπολογισμένο και εξαρτάται από τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζει. Ο ισχυρισμός των καπνιστών «*δε βαριέσαι ας ζήσω και ένα χρόνο λιγότερο καπνίζοντας*», απέχει πολύ από την πραγματικότητα.²⁰⁸

Οι 3 κύριες αιτίες θνησιμότητας που σχετίζονται με το κάπνισμα, αποτελούνται από τις καρδιαγγειακές παθήσεις, τον καρκίνο του πνεύμονα και τη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Καπνιστές που διέκοψαν την καπνιστική συνήθεια, μείωσαν τον κίνδυνο θνησιμότητας από ασθένειες που έχουν σχέση με το τσιγάρο, ακόμα και εάν είχαν εκδηλώσει καρδιαγγειακές ή πνευμονικές παθήσεις πριν τη διακοπή.

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. (2007), στην Ευρώπη, υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο περίπου 1.2 εκατομμύρια θάνατοι οφείλονται στο κάπνισμα και αντιπροσωπεύουν περίπου το 14% του συνόλου των θανάτων. Μόνο εξαιτίας του παθητικού καπνίσματος, στις χώρες της Ε.Ε., σημειώνονται ετησίως 79.000 θάνατοι. Κατά τον Π.Ο.Υ. (2005), υπολογίζοντας το μέγεθος του προβλήματος με βάση τα χαμένα έτη ζωής λόγω πρώιμου θανάτου ή αναπηρίας (DALY's), το κάπνισμα στην Ευρώπη ευθύνεται για το 12.3% χαμένων ετών ζωής. Στη συντριπτική πλειονότητα των χωρών της Δυτικής Ευρώπης, είναι η πρώτη αιτία χαμένων ετών ζωής λόγω θανάτου ή αναπηρίας.²⁰⁹ Επίσης, στον ευρωπαϊκό χώρο, 100 εκατομμύρια άνθρωποι πεθαίνουν 20 χρόνια νωρίτερα από τον μέσο όρο ζωής εξαιτίας του καπνίσματος.²¹⁰

Στην Ελλάδα, η οφειλόμενη στο κάπνισμα θνησιμότητα φτάνει το 19.3%, ενώ το ποσοστό των χαμένων ετών ζωής το 12.9%. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. (2008), το 2004, η προτυποποιημένη

²⁰⁶ Τούντας, Γ. Κ. (10/02/09). «*Κάπνισμα και υγεία*». www.healthierworld.gr

²⁰⁷ Καρατζάς, Ν. (2007). «*Η ιστορία της απόδειξης της σχέσης του καρκίνου του πνεύμονα με το κάπνισμα*». www.hygeia.gr

²⁰⁸ Σπαντιδέας, Α. (07/04/03). «*Πόσο επικίνδυνο είναι το κάπνισμα*». www.iatronet.gr

²⁰⁹ www.bestrong.org.gr (23/08/10). «*Στατιστικά για το κάπνισμα*»

²¹⁰ Πολιτιστικός Σύλλογος Νεροκούρου (2011). «*Κάπνισμα ο μεγαλύτερος εχθρός*». www.e-nerokourou.gr

θνησιμότητα όλων των ηλικιών έφτανε τους 38.9 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους, ενώ ειδικά στα άτομα μέχρι 64 ετών, τους 18.4 θανάτους. Η αύξηση που παρατηρήθηκε σε σχέση με το 1970, ήταν 52.4% και 46.4% αντίστοιχα. Σε σύγκριση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες, η Ελλάδα, παρουσιάζει την 4^η υψηλότερη θνησιμότητα στο σύνολο των ηλικιών.²¹¹

Το κάπνισμα στη χώρα μας καταλαμβάνει την 1^η θέση μεταξύ των διαφόρων αιτίων θνησιμότητας, δείκτης που αντιπροσωπεύει ένα σύνολο περίπου 20.000 θανάτων ετησίως, οφειλόμενων στο τσιγάρο.²¹² Μεταξύ αυτών περιλαμβάνεται το 85% των θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα και του λάρυγγα, το 70% από καρκίνο του στόματος, του φάρυγγα και του οισοφάγου, το 85% των θανάτων από χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες και περίπου το 35% των θανάτων από στεφανιαία νόσο.

5.3. Παθητικό κάπνισμα

Με τον όρο «παθητικό κάπνισμα», νοείται το κάπνισμα από «δεύτερο χέρι», όταν δηλαδή μη καπνιστές εισπνέουν τον καπνό τσιγάρων, πούρων ή πίπας που καπνίζουν άλλοι.²¹³ Το παθητικό κάπνισμα, θεωρείται σήμερα η 3^η προλήψιμη αιτία θνησιμότητας. Ο εισπνεόμενος και εκπνεόμενος καπνός από τους καπνιστές, επιφέρει αρνητικές επιπτώσεις και στην υγεία των μη καπνιστών. Συγκεκριμένα, μόνο το 26% των προϊόντων και υποπροϊόντων του καπνού μένει μέσα στο τσιγάρο (φίλτρο), το 28% εισπνέεται από τον καπνιστή και το 46% σκορπίζεται στον αέρα. Σε αυτόν τον καπνό του τσιγάρου που απελευθερώνεται, έχουν ταυτοποιηθεί περισσότερες από 50 καρκινογόνες ουσίες.

Οι κύριοι χώροι χρόνιας και εντατικής έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα, είναι το σπίτι και ο χώρος εργασίας. Σύμφωνα με την Έκθεση του Συστήματος Πληροφοριών για την Επαγγελματική Έκθεση σε Καρκινογόνους Παράγοντες του 1998, (Information System on Occupational Exposure to Carcinogens - CAREX), το παθητικό κάπνισμα ήταν η 2^η συνηθέστερη μορφή έκθεσης σε καρκινογόνα (μετά την ηλιακή ακτινοβολία) στην Ε.Ε. των 15. Κατά την περίοδο 1990-93, περίπου 7.5 εκατομμύρια Ευρωπαίοι εργαζόμενοι είχαν εκτεθεί σε παθητικό κάπνισμα, κατά τη διάρκεια τουλάχιστον του 75% του χρόνου εργασίας τους. Στις Η.Π.Α., η συγκέντρωση της νικοτίνης σε σπίτια καπνιστών βρέθηκε να ποικίλει λιγότερο από 1 mg/m³ μέχρι 10 mg/m³ (1992, US Environmental Protection Agency). Η συγκέντρωση σε γραφεία όπου οι εργαζόμενοι καπνίζουν, συνήθως φτάνει τα 30 mg/m³. Τα επίπεδα συγκέντρωσης σε εστιατόρια, μπαρ και κλαμπ τείνουν να είναι πολύ υψηλότερα, ενώ σε πολύ περιορισμένους χώρους, όπως για παράδειγμα το

²¹¹ www.bestrong.org.gr (23/08/10). «Στατιστικά για το κάπνισμα»

²¹² Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2008). «Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα 2008-2012». www.yyka.gov.gr

²¹³ Ελληνική Παιδιατρική Εταιρεία (16/03/09). «Παιδί και κάπνισμα». www.healthview.gr

αυτοκίνητο, είναι ιδιαίτερος υψηλά.²¹⁴

Όπως υπογραμμίζει ο Π.Ο.Υ. (2000), τα επίπεδα συγκέντρωσης του καπνού στον περιβάλλοντα χώρο, συνδέονται άμεσα με τη συχνότητα καπνίσματος. Έτσι, σε χώρες όπου το κάπνισμα είναι περισσότερο διαδεδομένο, αναμένεται και τα επίπεδα να είναι πολύ υψηλότερα. Από μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε δημόσιους χώρους 7 ευρωπαϊκών πόλεων (2001-2002), διαπιστώθηκε ότι υπήρχε καπνός στους περισσότερους από τους δημόσιους χώρους που εξετάστηκαν, συμπεριλαμβανομένων των χώρων αναψυχής και των επιχειρήσεων του κλάδου της φιλοξενίας, των μεταφορών, των νοσοκομείων και των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων. Σύμφωνα με τους Nebot et al. (2005), οι υψηλότερες συγκεντρώσεις παθητικού καπνίσματος, μετρήθηκαν σε μπαρ και ντισκοτέκ. Η τετράωρη έκθεση σε ντισκοτέκ, ισοδυναμεί με συμβίωση με καπνιστή για 1 μήνα. Η διαπίστωση ότι τα επίπεδα έκθεσης είναι εξαιρετικά υψηλά σε επιχειρήσεις του κλάδου της φιλοξενίας, επιβεβαιώθηκε και από άλλες μελέτες, όπως των Jarvis (2001) και των Jarvis et al. (1992), που έδειξαν ότι η μέση έκθεση των εργαζομένων σε μπαρ, είναι τριπλάσια ή πολλαπλάσια της έκθεσης λόγω της συμβίωσης με καπνιστή.²¹⁵

Κατά τον Π.Ο.Υ. (2000), στις δυτικές κοινωνίες, στις οποίες το κάπνισμα παρουσιάζεται με ποσοστό συχνότητας 30-50%, υπολογίζεται ότι πάνω από το 50% των σπιτιών στα οποία υπάρχει έστω και ένας καπνιστής, συμβάλλει σημαντικά στην έκθεση των παιδιών και άλλων μη καπνιστών στα παράγωγα του καπνού. Εξίσου μεγάλο είναι το ποσοστό των μη καπνιστών που εκτίθεται στον ίδιο κίνδυνο και στο περιβάλλον εργασίας του.²¹⁶

Σύμφωνα με το Ευρωβαρόμετρο (2009), το 60% των Ελλήνων εκτίθεται σε καπνό σε δημόσιους χώρους, ενώ μόνο το 10% σε χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, η Σουηδία και η Φιλανδία. Αυτό αποδίδεται στο ότι η απαγόρευση δεν αποτελεί αυστηρό νόμο, με σημαντικές επιπτώσεις όταν καταπατάται. Η πιθανότητα έκθεσης στον καπνό σε δημόσιους χώρους αυξάνεται, όταν το μορφωτικό επίπεδο είναι χαμηλό και υπάρχει χειρωνακτική εργασία ή αυτοαπασχόληση. Επίσης, οι Έλληνες καπνιστές διαφέρουν για τους γύρω τους, ακόμη και για τα παιδιά τους. Συγκεκριμένα, 30% των Ελλήνων εκθέτει τους μη καπνίζοντες στο σπίτι του σε καπνό, ενώ οι Γάλλοι μόνο 7%.²¹⁷

Το 30% των γυναικών που καπνίζουν, σταματούν το κάπνισμα όταν μείνουν έγκυες. Το ποσοστό αυτό, είναι υψηλότερο μεταξύ των παντρεμένων γυναικών και των γυναικών με ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης. Το 2004, το ποσοστό των εγκύων που κάπνιζαν ήταν 0.2%, ποσοστό κατά

²¹⁴ www.bestrong.org.gr (23/08/10). «Τι είναι το παθητικό κάπνισμα»

²¹⁵ www.bestrong.org.gr (23/08/10). «Τι είναι το παθητικό κάπνισμα»

²¹⁶ Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2008). «Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα 2008-2012». www.yyka.gov.gr

²¹⁷ www.iatronet.gr (17/05/10). «Τρεις θλιβερές ‘πρωτιές’ καταγράφει η Ελλάδα για το κάπνισμα»

42% χαμηλότερο από εκείνο του 1990. Το κόστος της υγειονομικής περιθαλψης των νεογνών που αποδίδεται σε μητρικό κάπνισμα στην Αμερική, έχει εκτιμηθεί σε 366 εκατομμύρια δολάρια το χρόνο ή 700 δολάρια ανά καπνίζουσα μητέρα. Το παθητικό κάπνισμα προκαλεί έναν εκτιμώμενο αριθμό 150.000-300.000 περιστατικών αναπνευστικών λοιμώξεων στα παιδιά κάτω από 18 μηνών, που καταλήγει σε 7.500-15.000 ετήσιες εισαγωγές στα νοσοκομεία.²¹⁸

Ωστόσο, η υγεία των καπνιστών δεν απειλείται μόνο από το παθητικό κάπνισμα. Πρόσφατα, στην ιατρική ορολογία αναφέρεται εκτός από αυτό, το «τριτογενές κάπνισμα» ή «κάπνισμα από τρίτο χέρι». Από το Κέντρο Έρευνας για τον Καρκίνο του Πανεπιστημίου του Χάρβαρντ, διαπιστώθηκε ότι στα ρούχα ή στα μαλλιά των καπνιστών, στις μαλακές επιφάνειες των επίπλων, και σε άλλους εσωτερικούς χώρους, μπορεί να παραμείνουν τοξικές ουσίες του καπνού για ώρες ή και μέρες μετά το σβήσιμο του τσιγάρου. Όσο δε πιο περιορισμένος είναι ο χώρος, όπως τα μικρά δωμάτια ή το εσωτερικό των αυτοκινήτων, τόσο πιο έντονο είναι το φαινόμενο αυτό.²¹⁹

Επιπρόσθετα, έχει αποδειχθεί πως αν και είναι καλύτερα να καπνίζει κάποιος σε υπαίθριους χώρους σε σχέση με τους εσωτερικούς, ακόμα και τότε τα κατάλοιπα του καπνού επικολλώνται στο δέρμα, τα μαλλιά και τα ρούχα του καπνιστή και τον ακολουθούν πίσω στον εσωτερικό χώρο, με αποτέλεσμα να διαχέονται παντού. Το γεγονός αυτό, αναιρεί την ισχύουσα άποψη ότι το κάπνισμα σε εξωτερικούς χώρους δεν απειλεί τους μη καπνιστές. Βέβαια, το τριτογενές κάπνισμα είναι πολύ πιο επικίνδυνο για τα παιδιά, τα οποία παίζοντας, αγγίζουν τα κατάλοιπα του καπνού στα διάφορα αντικείμενα και μετά τα μεταφέρουν στο στόμα τους καταπίνοντάς τα. Επομένως, το τριτογενές κάπνισμα, εφόσον δεν αιωρείται αλλά επικάθεται, δεν αντιμετωπίζεται με αερισμό των χώρων, όπως στην περίπτωση του παθητικού καπνίσματος, αλλά μόνο με την πλήρη απαγόρευση του καπνίσματος στους κλειστούς χώρους.

Σύμφωνα με έκθεση του Π.Ο.Υ. για τη χρήση και τον έλεγχο του καπνίσματος, σχεδόν το 95% του παγκόσμιου πληθυσμού, δεν προστατεύεται από νόμους που απαγορεύουν το κάπνισμα. Ο Π.Ο.Υ., ανακοίνωσε ότι το παθητικό κάπνισμα σκοτώνει περίπου 600.000 ανθρώπους κάθε χρόνο.²²⁰

Το παθητικό κάπνισμα έχει ενοχοποιηθεί από την Επιτροπή Προστασίας Περιβάλλοντος των Η.Π.Α., ως υπεύθυνο για περίπου 3.400 περιπτώσεις θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα και 46.000 από καρδιοπάθεια, σε ενήλικες μη καπνιστές ετησίως στις Η.Π.Α.²²¹ Επίσης, στο Ηνωμένο Βασίλειο έχει υπολογιστεί ότι το κάπνισμα σκοτώνει συνολικά 120.000 ανθρώπους ετησίως. Εξ αυτών, οι 12.000 πεθαίνουν από συνέπειες του παθητικού καπνίσματος, στο οποίο υποβάλλονται στο σπίτι τους, στην εργασία τους ή σε άλλες κοινωνικές συνάξεις.

²¹⁸ Μωυσίδης, Ι. (2007). «Κάπνισμα στην παιδική και εφηβική ηλικία». www.hygeia.gr

²¹⁹ Τούντας, Γ. (2009). «Τριτογενές κάπνισμα». www.neahygeia.gr

²²⁰ www.iatronet.gr (10/12/09). «Π.Ο.Υ.: Το κάπνισμα σκοτώνει 5 εκ. ανθρώπους το χρόνο»

²²¹ Μωυσίδης, Ι. (2007). «Κάπνισμα στην παιδική και εφηβική ηλικία». www.hygeia.gr

Σύμφωνα με εκτιμήσεις της σύμπραξης που δημιουργήθηκε από την Ευρωπαϊκή Πνευμονολογική Εταιρεία (European Respiratory Society), τον Οργανισμό της Έρευνας για τον Καρκίνο του Ηνωμένου Βασιλείου (Cancer Research UK), και το Εθνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο (Institut National du Cancer) στη Γαλλία, περισσότεροι από 79.000 ενήλικες πεθαίνουν κάθε χρόνο λόγω του παθητικού καπνίσματος στις 25 χώρες της Ε.Ε. Υπάρχουν ενδείξεις ότι το παθητικό κάπνισμα στο χώρο, είχε ως συνέπεια 72.000 θανάτους επιπλέον. Οι εκτιμήσεις αυτές περιλαμβάνουν θανάτους από καρδιοπάθειες, εγκεφαλικά επεισόδια, καρκίνο του πνεύμονα και ορισμένες αναπνευστικές νόσους που προκαλούνται από το παθητικό κάπνισμα.²²²

5.4. Κάπνισμα στο εργασιακό περιβάλλον

Το κάπνισμα αποτελεί για τους καπνιστές όχι μόνο ένα αδιαπραγμάτευτο δικαίωμα, αλλά και μια βιοτική συνήθεια αναπόσπαστα συνδεδεμένη με την καθημερινότητά τους. Εν τω μεταξύ, στην αντίπερα όχθη τίθεται το δικαίωμα των μη καπνιστών να μην γίνονται παθητικώς αποδέκτες της βλαβερής επενέργειας του καπνίσματος. Η προκείμενη «σύγκρουση» καπνιστών και μη καπνιστών, αναφέρεται κατεξοχήν στους χώρους εργασίας, όπου οι μεν και οι δε συνυπάρχουν αναγκαστικά, γεγονός που καθιστά αναγκαία την οριοθέτηση της άσκησης του δικαιώματος των καπνιζόντων.

Πολύ συχνά, οι μη καπνιστές που υποβάλλονται στο παθητικό κάπνισμα, δεν αντιλαμβάνονται ότι υπόκεινται στις δηλητηριώδεις επιδράσεις του καπνού. Έρευνες που έγιναν για το θέμα, έδειξαν ότι άτομα του περιβάλλοντος των καπνιστών, έχουν μέσα στα υγρά του σώματός τους (αίμα, ούρα) σημαντικές συγκεντρώσεις νικοτίνης και κοτινίνης. Το γεγονός αυτό, δείχνει ότι εν αγνοία τους, οι μη καπνιστές δηλητηριάζονται από το κάπνισμα των άλλων. Ο αέρας του περιβάλλοντος εργασίας, μπορεί να μολύνεται από τον καπνό που εκπέμπεται από τους καπνιστές. Τα συστήματα εξαερισμού, όσο δυνατά και εάν είναι, αποδεικνύονται ανεπαρκή για να καθαρίσουν τον αέρα που περιβάλλει τους εργαζομένους.²²³

Σύμφωνα με το Ευρωβαρόμετρο, εκτεθειμένο στο παθητικό κάπνισμα στο χώρο εργασίας, για πάνω από 5 ώρες την ημέρα, είναι το 20% των Ελλήνων (5% στην Ε.Ε.), ενώ το 39% δεν εκτίθεται ποτέ (76% στην Ε.Ε.).²²⁴ Ακόμη, η Ελλάδα ανήκει στους Ευρωπαίους «πρωταθλητές» και σε αριθμό καπνιζόντων μεταξύ των Επαγγελματιών Υγείας. Σύμφωνα με τον Άτλαντα, καπνιστές είναι περισσότεροι από το 41% των γιατρών, των νοσηλευτών και των οδοντιάτρων, ποσοστό που βρίσκεται στην υψηλότερη κλίμακα του Άτλαντα, το ίδιο συμβαίνει και σε άλλες ευρωπαϊκές

²²² www.bestrong.org.gr (23/08/10). «Επιπτώσεις στην υγεία του παθητικού καπνίσματος»

²²³ www.medlook.net (21/04/03). «Πόσους εργαζόμενους σκοτώνει κάθε χρόνο το παθητικό κάπνισμα»

²²⁴ Εφημερίδα «ΤΟ ΒΗΜΑ» (27/05/10). «Ευρωβαρόμετρο – ‘Πρώτοι’ οι Έλληνες στην κατανάλωση προϊόντων καπνού»

χώρες.²²⁵

Στην έρευνα των Μπομπολάκη και Σταματελοπούλου (2004), επισημάνθηκε ότι το 56% των νοσηλευτών ήταν καπνιστές, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό, σχεδόν το 50% από αυτούς, ήταν παθητικοί καπνιστές.²²⁶

Η καπνιστική συνήθεια των εργαζομένων, χαρακτηρίζεται από ισχυρούς κοινωνικούς προσδιοριστές, εμφανίζοντας αντίστροφη συσχέτιση με την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση. Σε σχέση με τους υπαλλήλους γραφείου, οι χειρώνακτες εργαζόμενοι παρουσιάζουν υψηλότερο επιπολασμό και ένταση της καπνιστικής συνήθειας, πρωιμότερη έναρξη του καπνίσματος και χαμηλούς δείκτες διακοπής του. Η καπνιστική συνήθεια των χειρωνακτών εργατών, συνδυάζεται με υψηλότερο βαθμό έκθεσης σε τοξικές ουσίες σε σχέση με τους υπαλλήλους γραφείου. Τα αποτελέσματα μελετών από χώρες του εξωτερικού, δεν ισχύουν απαραίτητα σε χώρες όπως η Ελλάδα, σύμφωνα με ευρήματα μελέτης σε δείγμα βιομηχανικών εργατών, τα οποία υποδεικνύουν ότι η συχνότητα του καπνίσματος δεν διαφέρει σημαντικά μεταξύ χειρωνακτών και υπαλλήλων γραφείου.²²⁷

Οι διαφορές αυτές που παρουσιάζονται μεταξύ των εργαζομένων, όσον αφορά στον τρόπο καπνίσματος, ίσως μπορούν να εξηγηθούν με την διαφοροποίηση ως προς το μορφωτικό επίπεδο. Εργαζόμενοι με υψηλή εκπαιδευτική στάθμη, είναι πιθανότερο να ανήκουν σε μη χειρωνακτικά επαγγέλματα και έτσι έχουν καλύτερη γνώση για τις βλαπτικές συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία, συγκριτικά με τους εργαζόμενους με χαμηλότερη, που ανήκουν πιθανότερα σε χειρωνακτικά επαγγέλματα. Επιπλέον, ο παράγοντας της εκπαίδευσης ίσως σχετίζεται και με τη μεγαλύτερη συμμετοχή των υπαλλήλων γραφείου σε αντικαπνιστικά προγράμματα και προγράμματα προαγωγής υγείας στο χώρο εργασίας, έναντι των χειρωνακτών που εμφανίζουν μειωμένη συμμετοχή σε τέτοιου τύπου προγράμματα. Εκτός από αυτά, οι χειρώνακτες εργαζόμενοι συνήθως πραγματοποιούν έναρξη του καπνίσματος σε νεαρή ηλικία, γεγονός που δυσκολεύει τη διακοπή του.

5.4.1. Παράγοντες που συμβάλουν στη χρήση καπνού από εργαζόμενους

Στα πλαίσια της διεθνούς βιβλιογραφίας, η διερεύνηση της συσχέτισης της συχνότητας του καπνίσματος με τη θέση του εργαζόμενου στην παραγωγική διαδικασία, αποτελεί πεδίο έντονης ερευνητικής προσπάθειας, έχοντας ως στόχο το σχεδιασμό κατάλληλων πολιτικών πρόληψης. Κάποιοι ερευνητές ισχυρίζονται πως η οργάνωση της εργασίας, αντί να συντείνει στη μείωση του καπνίσματος, ενισχύει την αύξησή του στους εργαζόμενους, ενώ παράλληλα έχει εκφραστεί και η

²²⁵ Τσουλέα, Ρ. (27/08/09). «100 εκατομμύρια τα θύματα του τσιγάρου». ΤΑ ΝΕΑ. <http://ygeia.tanea.gr>

²²⁶ Πτυχιακή Εργασία : Μπομπολάκη, Δ., Σταματελοπούλου, Α. (2004). *Νοσηλευτική και υγιεινός τρόπος ζωής : Μια ολέθρια σχέση*. ΤΕΙ Κρήτης

²²⁷ Ραχιώτης, Γ., Μπεχράκης, Π.Κ. (2005). «Εργασία και κάπνισμα». www.pneumon.org

αντίθετη άποψη.

Παρά το γεγονός ότι οι βλαπτικές επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία αφορούν σε όλες τις κατηγορίες εργαζομένων, η κατανομή της καπνιστικής συνήθειας και των επιπτώσεών της στην υγεία των εργαζομένων δεν είναι ομοιόμορφη. Αρχικά, αναφέρεται ότι το επάγγελμα είναι ένας σημαντικός προσδιοριστής του επιπολασμού της καπνιστικής συνήθειας. Το επάγγελμα συνδέεται, ανεξάρτητα με τον επιπολασμό της καπνιστικής συνήθειας και με αυτό άλλων μεταβλητών, όπως το φύλο, η ηλικία, η εκπαίδευση και η εθνικότητα.²²⁸

Συνήθως, οι συνθήκες που επικρατούν στο εργασιακό περιβάλλον, όπως η πίεση χρόνου, το άγχος, η κούραση κ.λπ., μπορεί να ωθήσουν το άτομο να αυξήσει τη συχνότητα καπνιστικής συνήθειας και τον αριθμό καταναλισκόμενων τσιγάρων στην καθημερινότητά του. Η συμπεριφορά του αυτή, πιθανόν να οφείλεται στο ότι αισθάνεται την ανάγκη να τονώσει την ψυχολογική του διάθεση, θεωρώντας ότι με αυτόν τον τρόπο, θα χαλαρώσει και θα ανταποκριθεί καλύτερα στα εργασιακά του καθήκοντα.

Πλην αυτών, η ανεργία είναι ένα σημαντικό και διαρκές πρόβλημα του κοινωνικού περιβάλλοντος. Αυτό, σε συνδυασμό με την τεκμηριωμένη συσχέτιση της καπνιστικής συνήθειας με το επάγγελμα, οδήγησαν πολλούς μελετητές στη διερεύνηση της σχέσης του καπνίσματος με την ανεργία, προκειμένου να ενσωματωθούν τα συμπεράσματα τέτοιου είδους ερευνών σε αντικαπνιστικές πολιτικές. Μια Βρετανική μελέτη στη δεκαετία του '80, δεν έδειξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην ανεργία και την αύξηση της καπνιστικής συνήθειας, ενώ μελέτες από τη Δανία, έδειξαν αντικρουόμενα αποτελέσματα. Η μία από αυτές, παρουσίασε αυξημένη αναλογία καπνιστών μεταξύ των ανέργων, των ανειδίκευτων εργατών και των πρώιμα συνταξιούχων. Αντίθετα, δύο πρόσφατες μελέτες, δεν έδειξαν συσχέτιση του καπνίσματος με την ανεργία, ενώ παρουσίασαν συσχέτιση των ανειδίκευτων εργατών με το κάπνισμα και την ανεργία.²²⁹

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (European Commission, 2003), το 2002 στις χώρες της Ε.Ε., οι κοινωνικές ομάδες με το υψηλότερο ποσοστό καπνιστών ήταν οι άνεργοι (54%) και οι χειρώνακτες εργάτες (51%), έναντι ενός μέσου όρου 35%. Όπως αναφέρει το Τμήμα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου (United Kingdom Department of Health - UK DH, 1998) στη Μ.Βρετανία, μόνο το 10% των γυναικών και το 12% των ανδρών των ανώτερων κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων καπνίζουν, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα είναι πάνω από τριπλάσιο.²³⁰

Κατά τον Π.Ο.Υ. (2007), στην Ισπανία το 2003, η απόκλιση του ποσοστού καπνιστών

²²⁸ Ραχιώτης, Γ., Μπεχράκης, Π.Κ. (2005). «Εργασία και κάπνισμα». www.pneumon.org

²²⁹ Ραχιώτης, Γ., Μπεχράκης, Π.Κ. (2005). «Εργασία και κάπνισμα». www.pneumon.org

²³⁰ www.bestrong.org.gr (23/08/10). «Στατιστικά για το κάπνισμα»

ανάμεσα στα υψηλότερα και χαμηλότερα επαγγελματικά στρώματα, έφτανε το 44.4% στους άνδρες και το 10.1% στις γυναίκες. Παράλληλα, τον ίδιο χρόνο στη Γαλλία, αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο, η απόκλιση του ποσοστού καπνιστών μεταξύ των αποφοίτων πανεπιστημίου και των αποφοίτων στοιχειώδους εκπαίδευσης έφτανε το 60%, ενώ ανάμεσα στα υψηλότερα και χαμηλότερα εισοδήματα άγγιζε το 30%.²³¹

5.4.2. Ο Νόμος απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους και εργασιακούς χώρους ως μέτρο αντιμετώπισης

Στα πλαίσια των ρυθμίσεων του Νόμου 3420/2005, δια του οποίου κυρώθηκε η Σύμβαση Πλαίσιο του Π.Ο.Υ. για τον έλεγχο του καπνού, εκδόθηκε η υπ' αριθμόν Υ1/Γ.Π./76017/29.7.2002 Υγειονομική Διάταξη «Περί απαγορεύσεως του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, μεταφορικά μέσα και μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας», με την οποία θεσπίστηκε η απαγόρευση του καπνίσματος σε συγκεκριμένους χώρους, μεταξύ των οποίων και οι χώροι εργασίας που ανήκουν σε ιδιωτικούς φορείς. Περαιτέρω, με την υπ' αριθμόν Υ1/Γ.Π./οικ82942/2003 Υγειονομική Διάταξη, εξειδικεύθηκε ο τρόπος εφαρμογής της απαγόρευσης στους ιδιωτικούς εργασιακούς χώρους, καθώς συγκεκριμένα ορίζεται ότι το κάπνισμα απαγορεύεται στους δημόσιους και ιδιωτικούς χώρους αναμονής, υποδοχής, συναλλαγής και προσέλευσης του κοινού, καθώς και στις αίθουσες συνεδριάσεων, συνελεύσεων και λοιπούς συναφείς χώρους, ενώ σε σχέση με τους εργασιακούς χώρους, ορίζονται οργανωτικά και χωροταξικά οι χώροι που θα απαγορεύεται ή θα επιτρέπεται το κάπνισμα, οι οποίοι θα καθορίζονται ειδικότερα με συμφωνίες μεταξύ εργαζομένων και εργοδοτών.²³²

Σύμφωνα με τις διατάξεις αυτές, θα πρέπει να ορίζονται διακριτοί χώροι (καπνιστήρια) στους ιδιωτικούς χώρους εργασίας, οι οποίοι θα είναι εξοπλισμένοι με ειδικές μηχανολογικές εγκαταστάσεις συνεχούς ανανέωσης του αέρα για τους εργαζόμενους καπνιστές. Αυτοί οι διαμορφωμένοι χώροι καπνιζόντων, θα καθορίζονται από τους Διευθυντές/Προϊσταμένους των αρμοδίων ιδιωτικών φορέων, ανάλογα με τις ανάγκες της κάθε επιχείρησης, με σκοπό να μην παρεμποδίζεται η λειτουργία της, υπό την προϋπόθεση της διεξαγωγής συμφωνίας μεταξύ των εργαζομένων και του εργοδότη τους, όπως επισημαίνεται από το νόμο.

Μερικά κράτη απαγορεύουν το κάπνισμα σε όλους τους χώρους εργασίας, δημόσια και ιδιωτικά. Άλλα κράτη έχουν μια σειρά από νόμους που περιορίζουν το κάπνισμα στο χώρο εργασίας με τον ένα ή τον άλλο τρόπο, όπως είναι ο περιορισμός του καπνίσματος σε καθορισμένους χώρους, όπου απαγορεύεται το κάπνισμα μόνο σε δημόσιους (και όχι στους ιδιωτικούς) χώρους εργασίας ή που απαγορεύεται το κάπνισμα μόνο σε ορισμένους τύπους χώρων

²³¹ Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2008). «Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα 2008-2012». www.yyka.gov.gr

²³² www.capital.gr (24/11/08). «Το κάπνισμα στους χώρους εργασίας»

εργασίας (όπως σε νοσοκομεία και εστιατόρια). Πέρα από αυτό που απαιτείται από τον κρατικό ή τοπικό νόμο, κάθε εργοδότης έχει το δικαίωμα να απαγορεύσει το κάπνισμα στο χώρο εργασίας του, έστω και αν ο κρατικός νόμος το επιτρέπει. Δεν υπάρχει κανένας νόμος που να προστατεύει το δικαίωμα να καπνίζει κανείς στην εργασία.²³³

Όλες οι χώρες της Ε.Ε., άλλες περισσότερο κι άλλες λιγότερο, έχουν υιοθετήσει νόμους κατά του καπνίσματος. Κάποιες από αυτές που αφορούν στην απαγόρευση καπνίσματος σε χώρους εργασίας είναι οι εξής : **Αυστρία:** Το κάπνισμα απαγορεύεται σε όλα τα γραφεία, μπαρ, ντίσκο, εστιατόρια κ.λπ. με ορισμένες εξαιρέσεις, δηλαδή αν όλοι οι εργαζόμενοι συμφωνήσουν να συνεχιστεί το κάπνισμα. **Βέλγιο:** Η πρώτη απόπειρα ξεκινά το 2005, όταν δίδεται εντολή στις εταιρείες να εφαρμόσουν μέτρα κατά της βλαβερής συνήθειας. Ένα χρόνο μετά, την 01/06, το κάπνισμα απαγορεύεται στους χώρους εργασίας. **Δανία:** Από τις 15-08-07 απαγορεύεται το κάπνισμα στα ξενοδοχεία, εστιατόρια, μπαρ, κλαμπ, δημόσια μέσα μεταφοράς, καθώς και σε όλους τους ιδιωτικούς και δημόσιους χώρους εργασίας. Εξαιρούνται τα μπαρ με εμβαδόν μικρότερο των 40τ.μ. και τα γραφεία που χρησιμοποιούνται από έναν εργαζόμενο. Ωστόσο, ο νόμος προκάλεσε μεγάλη διαμάχη και από τις 11/07 δεν εφαρμόζεται. **Εσθονία:** Από τις 04-06-05 το κάπνισμα απαγορεύεται σε κλειστούς δημόσιους χώρους και σε χώρους εργασίας. **Ηνωμένο Βασίλειο:** Από το 2007 το κάπνισμα απαγορεύεται πλήρως σε όλους τους δημόσιους χώρους, τους χώρους εργασίας και διασκέδασης. **Ιρλανδία:** Είναι η πρώτη χώρα στον κόσμο, που θέσπισε πλήρη απαγόρευση του καπνίσματος σε χώρους εργασίας στις 29-03-04. Πριν την ολική απαγόρευση, το κάπνισμα είχε ήδη τεθεί εκτός νόμου σε δημόσια κτίρια, νοσοκομεία, σχολεία, κουζίνες εστιατορίων, αεροσκάφη και τρένα. **Κύπρος:** Από την 01-01-10 στην Κύπρο απαγορεύεται το κάπνισμα σε όλους τους δημόσιους χώρους (μπαρ, εστιατόρια, νυχτερινά κέντρα και τους χώρους εργασίας). **Σλοβακία:** Από το 1990 οι εργοδότες οφείλουν να απαγορεύουν το κάπνισμα σε χώρους στους οποίους εργάζονται μη καπνιστές.²³⁴

Σχετικά με την Ελλάδα, σε ισχύ τέθηκε από την 1^η Σεπτεμβρίου 2010, η ολική απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους δημόσιους χώρους, τους εργασιακούς, καφέ, μπαρ κ.λπ. Επίσης, καταργήθηκαν τα καπνιστήρια σε όλους τους χώρους εργασίας και οι καπνίζοντες υποχρεώνονται να πηγαίνουν έξω από την είσοδο του κτιρίου ή στην ταράτσα. Παράλληλα, απαγορεύτηκε κάθε είδος διαφήμισης ή προώθησης καπνού. Ο έλεγχος για την τήρηση των διατάξεων του νόμου δίνεται στην αστυνομία ή στο λιμενικό, ανάλογα με τους χώρους αρμοδιότητας. Τα πρόστιμα στους υπεύθυνους διαχείρισης για την εφαρμογή του νόμου, είτε αυτοί είναι καταστηματάρχες, είτε υπεύθυνοι χώρων εργασίας, όπως οι διευθυντές επιχειρήσεων και εταιρειών κ.α., κυμαίνονται από

²³³ Delpo, A. (χ.χ.). "Smoking in the Workplace". <http://www.nolo.com/legal-encyclopedia/article-29755.html>

²³⁴ Εφημερίδα «ΤΟ ΕΘΝΟΣ» (28/09/10). «Δυσκολεύεται να κόψει το κάπνισμα η Ελλάδα»

500-10.000 ευρώ.²³⁵

Σύμφωνα με στοιχεία της Εφημερίδας «ΠΡΩΤΟ ΘΕΜΑ», τα μέτρα που λήφθηκαν στα πλαίσια αξιολόγησης της εφαρμογής του αντικαπνιστικού νόμου και ιδίως οι προτάσεις για επιβολή ειδικού τέλους καπνού στα καταστήματα, τους πρώτους μήνες ισχύος της απαγόρευσης, ακύρωσαν στην πράξη κάθε προσπάθεια του ελεγκτικού μηχανισμού. Συνολικά, από την 1η Οκτωβρίου 2010, που ξεκίνησε η εφαρμογή του αντικαπνιστικού νόμου στον Ελλαδικό χώρο, διενεργήθηκαν πάνω από 7.000 έλεγχοι, κυρίως σε χώρους υγειονομικού ενδιαφέροντος. Από τους ελέγχους αυτούς, περίπου οι μισοί έγιναν στην Αθήνα, ενώ ακολούθησαν η Θεσσαλονίκη, ο Πειραιάς, το Ηράκλειο και η Πάτρα.²³⁶

5.4.2.1. Στάσεις εργαζομένων απέναντι στην απαγόρευση

Σύμφωνα με την έρευνα Hellas Health III, που πραγματοποίησε το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και το Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΙ), σε συνεργασία με το Harvard School of Public Health και τη Metron Analysis, σε 1.000 άτομα άνω των 18 ετών, κατά την περίοδο 1-21 Οκτωβρίου 2010, -δηλαδή μετά την έναρξη εφαρμογής του νέου νόμου για την απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους εσωτερικούς χώρους-, διαπιστώθηκαν τα παρακάτω. Μόνο το 56.3% των ανθρώπων που εργάζονταν σε κλειστούς χώρους, δήλωσε ότι υπήρχε απαγόρευση του καπνίσματος στην εργασία, με αποτέλεσμα 1 στους 3 εργαζόμενους (34.3%) να γίνεται παθητικός καπνιστής στο χώρο δουλειάς του. Ωστόσο, το 69.6% του συνόλου των εργαζομένων (καπνιστών και μη), πίστευε ότι το κάπνισμα δεν πρέπει να επιτρέπεται στο χώρο εργασίας. Μάλιστα, ένας σημαντικός αριθμός ανθρώπων, θεωρούσαν πως η απαγόρευση του καπνίσματος στο χώρο εργασίας τους, θα βελτίωνε την απόδοσή τους στη δουλειά (20%), το ηθικό (21%), και την υγεία τους (42%). Το 69%, το 67% και το 49% αντίστοιχα, θεωρούν ότι δεν θα υπήρχε καμιά διαφορά. Παρά τη θετική τους στάση απέναντι στην απαγόρευση, το 43% δήλωσε ότι δεν θα αντιδρούσε αν κάποιος άναβε τσιγάρο στο χώρο όπου εργαζόταν, ενώ το 23% θα ακολουθούσε και θα άναβε επίσης τσιγάρο.²³⁷

Οι Έλληνες, αν και «πρώτοι» στο κάπνισμα, στην πλειοψηφία τους είναι υπέρ των νέων αυτών μέτρων. Σε πρόσφατη πανελλαδική έρευνα που διεξήχθη σε συνεργασία με την Kara Research, το 95% των μη καπνιστών, αλλά και το 62% των καπνιστών, τα επικροτούν. Ιδιαίτερη σημασία έχει το γεγονός, ότι οι εργαζόμενοι σε κέντρα εστίασης και διασκέδασης, οι οποίοι εκτίθενται περισσότερο από κάθε άλλη κατηγορία Ελλήνων στο παθητικό κάπνισμα, είναι υπέρ

²³⁵ <http://kgrek.blogspot.com>. (31/08/10). «Καλημέρα Ελλάδα - Καλημέρα Κόσμο : Ο Νέος νόμος και η ΚΥΑ για την απαγόρευση του καπνίσματος»

²³⁶ Εφημερίδα «ΠΡΩΤΟ ΘΕΜΑ» (21/01/11). «Απαγόρευση Καπνίσματος: Νέα εγκύκλιος από το Υπουργείο Υγείας». www.i-live.gr

²³⁷ www.eumedline.eu (2010). «Εντείνονται οι έλεγχοι για το κάπνισμα»

των αντικαπνιστικών μέτρων σε ποσοστό 86%. Τέτοια ευρεία συναίνεση σε μέτρα δημόσιας πολιτικής, αποτελεί ιδιαίτερα σημαντικό επίτευγμα.²³⁸

5.4.2.2. Οι ευθύνες των εργοδοτών σύμφωνα με το νέο Νόμο

Είναι σημαντικό οι εργοδότες να έχουν μια πολιτική για το κάπνισμα στο χώρο εργασίας, για να εξασφαλίζεται ότι όλοι οι εργαζόμενοι και οι επισκέπτες γνωρίζουν για την απαγόρευση, καθώς και για να διασαφηνίζεται η στάση της οργάνωσης για καπνίζοντες σε εξωτερικούς χώρους. Οι οργανισμοί χρειάζεται να αποφασίσουν ποια νέα πολιτική θα ακολουθήσουν. Οι εργοδότες θα πρέπει να συμβουλευθούν τους υπαλλήλους τους και ενδεχομένως τους ανωτέρους τους και τους εκπροσώπους των εργαζομένων, σχετικά με τις προτεινόμενες αλλαγές στις πολιτικές για το κάπνισμα στο εργασιακό περιβάλλον.²³⁹

Στον Ελλαδικό χώρο, σύμφωνα με το άρθρο 5 παρ.5 του Συντάγματος, καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας του. Ειδικότερα για την προστασία της υγείας στο χώρο εργασίας, ο εργοδότης οφείλει σύμφωνα με το άρθρο 662 του Αστικού Κώδικα, να προβαίνει στην προσήκουσα διαρρύθμισή του και στη διευθέτηση κάθε θέματος που αφορά την εκεί διαμονή των εργαζομένων, ώστε να προστατεύεται προσηκόντως η υγεία και η ζωή τους. Προς την ίδια κατεύθυνση ο Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης, που υπεγράφη στην Ιταλία στις 18/10/1961 και κυρώθηκε με το νόμο 1426/1984, ορίζει στο Μέρος I, στοιχείο 3, ότι όλοι οι εργαζόμενοι έχουν δικαίωμα σε ασφάλεια και υγιεινή στο χώρο παροχής της εργασίας τους. Περαιτέρω, στο άρθρο 10 παρ.6 του Προεδρικού Διατάγματος 16/1996 «*Ελάχιστες προδιαγραφές ασφαλείας και υγείας στους χώρους εργασίας*», ορίζεται ότι στους κλειστούς χώρους εργασίας πρέπει να υπάρχει επαρκής νωπός αέρας, λαμβανομένων υπόψη των μεθόδων εργασίας και της σωματικής προσπάθειας την οποία καταβάλουν οι εργαζόμενοι. Μάλιστα, σε περίπτωση κατά την οποία η ανανέωση του αέρα επιτυγχάνεται με τεχνητά μέσα ή συστήματα (εξαερισμός ή κλιματισμός), αυτά πρέπει να λειτουργούν αδιαλείπτως και να διατηρούνται σε καλή κατάσταση λειτουργίας.²⁴⁰

Κλείνοντας, η παράβαση των διατάξεων για τους όρους ασφαλείας των εργαζομένων από τον εργοδότη ή και μόνης της γενικής υποχρέωσης πρόνοιας αυτού για τις συνθήκες ασφαλούς παροχής εργασίας, σύμφωνα με το άρθρο 662 Α.Κ., (όπως είναι η έλλειψη καπνιστηρίων και συστημάτων εξαερισμού στο χώρο εργασίας κ.λπ.), η οποία έχει ως συνέπεια τη βλάβη της υγείας των εργαζομένων, αποτελεί αδικοπραξία, εφόσον η παράβαση αυτών οφείλεται σε πταίσμα του ιδίου του εργοδότη ή των προστηθέντων αυτού. Επομένως, αφενός, ο παθών εργαζόμενος έχει το δικαίωμα να ζητήσει χρηματική ικανοποίηση λόγω ηθικής βλάβης, σύμφωνα με τις διατάξεις των

²³⁸ Τούντας, Γ. (2009) «*Τα νέα αντικαπνιστικά μέτρα (2009)*». www.neaygeia.gr

²³⁹ The Chartered Institute of Personnel and Development (2008). "*Health, Safety and Well-being - Smoking at work*". <http://www.cipd.co.uk/subjects/health/general/smokg.htm>

²⁴⁰ www.capital.gr (24/11/08). «*Το κάπνισμα στους χώρους εργασίας*»

άρθρων 914 και 932 Α.Κ. και αφετέρου, ο εργοδότης υφίσταται κυρώσεις, όπως επιβολή χρηματικού προστίμου.²⁴¹

5.4.3. Κάπνισμα και εκπαιδευτικοί

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε πανεπιστήμιο του Σάο Πάολο, σε 894 υπαλλήλους, καθηγητές, ιατρούς, νοσοκόμες και σπουδαστές, παρουσίασε τα εξής. Οι 438 από τους ερωτώμενους ήταν καπνιστές και οι 456 ήταν μη καπνιστές. Οι περισσότεροι καπνιστές ήταν 31-40 ετών, ενώ οι περισσότεροι πρώην καπνιστές ήταν άνω των 60. Ακόμη, το 78% των καπνιστών κάπνιζε κατά την εργασία. Τόσο οι καπνιστές όσο και οι μη, εξέφρασαν ότι έχουν υποστεί κάποιο είδος ταλαιπωρίας προκαλούμενο από καπνό τσιγάρου, κυρίως μυρωδιά στα ενδύματα και τα μαλλιά (62.7% των καπνιστών έναντι 59% των μη καπνιστών). Το ποσοστό που επέλεξε ένα περιβάλλον χωρίς καπνό, ήταν 37.5% μεταξύ των μη καπνιστών και 10% μεταξύ των καπνιστών. Ο περιορισμός του καπνίσματος στην εργασία, είχε την έγκριση του 82.8% των καπνιστών και του 59% των μη καπνιστών.²⁴²

Επιπλέον, μελέτη η οποία έλαβε χώρα σε ιατρικό κολλέγιο στην Ινδία (1996), αναφορικά με τη στάση και τις πεποιθήσεις των ακαδημαϊκών απέναντι στα αντικαπνιστικά μέτρα, έδειξε ότι από τους άνδρες το 21.4% ήταν καπνιστές και το 12.3% ήταν πρώην καπνιστές. Οι μη καπνιστές συμφωνούσαν σε μεγαλύτερο βαθμό με τα αντικαπνιστικά μέτρα από τους τρέχοντες και τους πρώην καπνιστές και οι περισσότερες γυναίκες (οι οποίες ήταν μη καπνίστριες) τα υποστήριζαν επίσης. Η επικύρωση των διάφορων αντικαπνιστικών μέτρων διέφερε από ομάδα σε ομάδα, εντούτοις, οι ακαδημαϊκοί συμφώνησαν στο ότι «ο καθένας έχει το δικαίωμα να αναπνέει καθαρό αέρα». Το να απαγορευθεί η πώληση καπνού, ήταν το μέτρο που βρήκε αντίθετους τους περισσότερους, ενώ «η αποτροπή ασθενειών» και «θρησκευτικοί λόγοι», ήταν αντίστοιχα, πιο πολύ και λιγότερο σημαντικά κίνητρα για να μην καπνίζει κάποιος.²⁴³

Παράλληλα, δύο μεγάλες έρευνες στη Γαλλία, που πραγματοποιήθηκαν το 1999 (σε 2.931 άτομα) και το 2005 (σε 3.702 άτομα), απευθύνονταν σε δασκάλους 20-59 ετών. Τα αποτελέσματά τους έδειξαν ότι, από το 1999 ως το 2005, η επικράτηση του καπνίσματος μειώθηκε σημαντικά από 25.7% σε 18.2% για τους άνδρες και από 20% σε 16.5% για τις γυναίκες. Το ποσοστό εκείνων που δεν είχαν καπνίσει ποτέ ήταν αυξανόμενο, ενώ στους καπνιστές, ο αριθμός τσιγάρων που καταναλωνόταν ανά ημέρα ήταν μειωμένος. Σύμφωνα με την ανάλυση των αποτελεσμάτων, βρέθηκε σημαντική μείωση του κινδύνου να γίνει κάποιος καπνιστής το 2005

²⁴¹ www.capital.gr (24/11/08). «Το κάπνισμα στους χώρους εργασίας»

²⁴² Ribeiro, S.A., Pérez, D., Jardim, J.R. (1999). "Attitude toward smoking among smoking and non-smoking officials of the Federal University of Sao Paulo, Brazil: comparative analysis of smokers and non-smokers". 35(8):385-9. www.pubmed.com

²⁴³ Kumar, A., Mohan, U., Jain, V.C. (1996). "Academicians' attitudes and beliefs towards anti-smoking measures". 110(4):241-6. www.pubmed.com

έναντι του 1999, (αναλογία πιθανοτήτων 0.68 για τους άνδρες και 0.78 για τις γυναίκες), ενώ οι παράγοντες κινδύνου του καπνίσματος ήταν 1.95 για τους άνδρες και 2.12 για τις γυναίκες. Έτσι, οι έρευνες κατέληξαν στο ότι οι αντικαπνιστικές πολιτικές της χώρας, οδήγησαν σε μείωση της κατανάλωσης καπνού στους δασκάλους μεταξύ 1999-2005.²⁴⁴

Ακόμα, έχουν διεξαχθεί αρκετές έρευνες προσδιορισμένες σε δείγμα εκπαιδευτικών, στα πλαίσια διεξαγωγής πτυχιακών και μεταπτυχιακών εργασιών, με σκοπό να αποσαφηνιστούν οι συμπεριφορές υγείας που ακολουθούν, εφόσον έχουν την ικανότητα από τη θέση στην οποία βρίσκονται, να επηρεάζουν σε ένα βαθμό τον τρόπο ζωής των μαθητών.

Σύμφωνα με την έρευνα της Γιαννοπούλου (2005), το 33.3% των ανδρών και το 41.9% των γυναικών, δήλωσαν ότι κάπνιζαν. Η μέση τιμή ημερήσιας κατανάλωσης τσιγάρων ήταν περίπου ίδια και για τα δύο φύλα (6.9 και 6.5 για άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα).²⁴⁵ Επίσης, στη μελέτη των Μακρή και Σπυροπούλου (2005-2006), η πλειοψηφία του δείγματος (71%), ανέφερε πως δεν κάπνιζε, έναντι του 29% που κάπνιζε.²⁴⁶ Πλην αυτών, στην έρευνα της Βαστάρδη (2007-2008), επισημάνθηκε ότι από το σύνολο των καπνιστών, το 33.1% ήταν καθηγητές άλλων ειδικοτήτων και το 11.1% ήταν υπεύθυνοι αγωγής υγείας. Επιπλέον, παρατηρήθηκε ότι οι διευθυντές κάπνιζαν κατά μέσο όρο 23 τσιγάρα ημερησίως.²⁴⁷

5.5. Σχέση διατροφής και άσκησης με το κάπνισμα

Είναι ενδεικτικό ότι, σύμφωνα με τη μελέτη Framingham, το προσδόκιμο επιβίωσης των παχύσαρκων καπνιστών είναι κατά μέσο όρο 13 χρόνια μικρότερο από αυτό των καπνιστών με φυσιολογικό βάρος, με το 50% περίπου των παχύσαρκων καπνιστών να καταλήγουν στην ηλικία των 40-70 ετών. Επιπρόσθετα, πολυάριθμες επιδημιολογικές μελέτες, επιβεβαιώνουν ότι ο αριθμός των τσιγάρων σχετίζεται θετικά με το σωματικό βάρος και ότι οι «βαρείς» καπνιστές (>2 πακέτα/ημέρα), έχουν περισσότερες πιθανότητες να είναι παχύσαρκοι. Τα ευρήματα αυτά έρχονται σε αντίθεση με τη γενικότερη πεποίθηση, ότι το κάπνισμα βοηθά στη ρύθμιση του σωματικού βάρους, αυξάνοντας τις μεταβολικές δαπάνες και δρώντας ως κατασταλτικό της όρεξης.

Είναι αλήθεια ότι σε βραχυπρόθεσμο διάστημα, η νικοτίνη αυξάνει την ενέργεια που χρησιμοποιεί ο οργανισμός, ενώ ταυτόχρονα μειώνει την όρεξη. Μάλιστα, είναι χαρακτηριστικό πως ένα τσιγάρο αυξάνει κατά 3% την κατανάλωση ενέργειας στην επόμενη μισή ώρα. Σε συνθήκες

²⁴⁴ Launay, M., Le Faou, A.L., Sevilla-Dedieu, C., Pitrou, I., Gilbert, F., Kovess-Masféty, V. (2010). "Prevalence of tobacco smoking in teachers following anti-smoking policies: results from two French surveys (1999 and 2005)". 20(2):151-6. www.pubmed.com

²⁴⁵ Μεταπτυχιακή Εργασία : Γιαννοπούλου, Ε. (2005). *Συνήθειες υγείας και στάσεις των καθηγητών μέσης εκπαίδευσης σε θέματα αγωγής υγείας*. Πανεπιστήμιο Κρήτης

²⁴⁶ Πτυχιακή Εργασία : Μακρή, Μ., Σπυροπούλου, Ε. (2005-2006). *Η προαγωγή υγείας από εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης στους μαθητές σε Καλαμάτα – Ρόδο*. ΤΕΙ Κρήτης

²⁴⁷ Μεταπτυχιακή Διατριβή : Βαστάρδη, Μ. (2007-2008). *Καταγραφή και αξιολόγηση γνώσεων, αντιλήψεων και συμπεριφορών σε θέματα διατροφής και υγείας σε εκπαιδευτικούς (προσωπικό) δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης*. Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

καπνιστές που καπνίζουν 24 τσιγάρα την ημέρα, ο μεταβολισμός τους αυξάνεται από 2.230 σε 2.445 θερμίδες περίπου. Αυτό συμβαίνει διότι η νικοτίνη διεγείρει το συμπαθητικό νευρικό σύστημα του οργανισμού, το οποίο επηρεάζει τον μεταβολικό ρυθμό. Επιπρόσθετα, φαίνεται ότι η νικοτίνη καταστέλλει την όρεξη για διάστημα 2-3 ωρών από το κάπνισμα ενός τσιγάρου, ενώ ενισχύει και την αίσθηση πληρότητας μετά από το γεύμα. Οι φυσιολογικές αυτές επιδράσεις του τσιγάρου, πιθανόν εξηγούν γιατί οι καπνιστές έχουν χαμηλότερο σωματικό βάρος από τους μη καπνιστές, αλλά και γιατί αυτοί που διακόπτουν το κάπνισμα τείνουν να προσλαμβάνουν βάρος. Ωστόσο, φαίνεται ότι η δράση αυτή του καπνίσματος, εξασθενεί σε παχύσαρκα άτομα και επηρεάζεται από το βαθμό φυσικής δραστηριότητας και τη γενικότερη φυσική κατάσταση του καπνιστή.

Οι «βαρείς» καπνιστές είναι πιο πιθανό να υιοθετούν και περισσότερο ανθυγιεινές συμπεριφορές που ευνοούν την αύξηση του σωματικού βάρους, όπως είναι π.χ. η καθιστική ζωή, η κακή διατροφή και η συστηματική κατανάλωση αλκοόλ. Ενδιαφέρουσα παρατήρηση αποτελεί το γεγονός πως, όταν αυτά τα άτομα προσπαθούν να κόψουν το κάπνισμα, αυξάνεται το σωματικό τους βάρος, κάτι που τους απογοητεύει και τους κάνει να υποτροπιάζουν, αρχίζοντάς το ξανά. Έτσι, βιώνουν κύκλους απώλειας και επαναπρόσληψης βάρους, με αποτέλεσμα να κινδυνεύουν περισσότερο να γίνουν παχύσαρκα, αφού το φαινόμενο της κυκλικής διακύμανσης του σωματικού βάρους, έχει συσχετιστεί με αυξημένη πιθανότητα παχυσαρκίας.

Επίσης, έρευνες δείχνουν ότι υπάρχουν τρόφιμα που ενισχύουν τη γεύση του τσιγάρου και άλλα που την αλλοιώνουν, χωρίς ωστόσο να μπορούν να εξαχθούν σαφή συμπεράσματα. Σύμφωνα με έρευνα επιστημόνων του πανεπιστημίου Ντιούκ, οι περισσότεροι καπνιστές ανέφεραν ότι τα οινοπνευματώδη ποτά, τα ροφήματα με καφεΐνη (π.χ. καφές, τσάι) και τα αναψυκτικά, βελτιώνουν τη γεύση του τσιγάρου. Απεναντίας, τα γαλακτοκομικά, οι χυμοί και το νερό, τα φρούτα και τα λαχανικά, ψηφίστηκαν ως οι τροφές που την αλλοιώνουν.²⁴⁸

Ακόμα, όταν ο καπνιστής διακόψει το κάπνισμα, πιθανόν να αισθάνεται συχνότερα και ισχυρότερα το αίσθημα της πείνας, ενώ παράλληλα βελτιώνονται σημαντικά οι αισθήσεις γεύσης και όσφρησής του. Το αίσθημα της πείνας εμφανίζεται συνήθως από την πρώτη ημέρα, γίνεται οξύτερο τις πρώτες 1-2 εβδομάδες και μπορεί να διαρκέσει έως 1-6 μήνες. Πολλοί καπνιστές που διακόπτουν δεν παχαίνουν, ενώ σε όσους συμβεί αυτό «παίρνουν», κατά μέσο όρο, 2-3 κιλά. Στην αύξηση βάρους, μετά τη διακοπή, συμβάλλουν η πτώση του μεταβολισμού (που χάρη στη νικοτίνη είχε αυξηθεί περισσότερο από το κανονικό) και η συχνότερη κατανάλωση περισσότερης ποσότητας τροφής. Επιπρόσθετα, το φαγητό σαν πράξη, φαίνεται να έχει τα ίδια αποτελέσματα στη διάθεση του καπνιστή όπως το κάπνισμα (χαλάρωση, χαρά, κοινωνικοποίηση κ.λπ.). Έτσι, όταν κόβει το

²⁴⁸ Κατσαρόλη, Ι. (22/06/09). «Τσιγάρο και σωματικό βάρος : αλήθεια ή μύθος;». www.mednutrition.gr

τσιγάρο, μπορεί να τρώει περισσότερο για να επιτύχει τις ίδιες επιδράσεις στη διάθεσή του (λειτουργία του φαγητού ως υποκατάστατου της νικοτίνης). Εκτός από αυτά, η έλλειψη νικοτίνης ενισχύει την προτίμηση για πιο γλυκά τρόφιμα, καθώς ελαττώνεται συνήθως το σάκχαρο του αίματος.²⁴⁹

Με τις επιλογές της αποφυγής του καπνίσματος και του αλκοόλ και της ισορροπημένης διατροφής, επιτυγχάνεται υψηλή απόδοση και καλή φυσική κατάσταση. Αθλητισμός και κάπνισμα δεν έχουν καμία σχέση. Πολλές έρευνες, έχουν δείξει πως το κάπνισμα επιδρά αρνητικά στη φυσική κατάσταση, ακόμη και των νεαρών ατόμων με καλή γενικά κατάσταση. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι, το κάπνισμα μειώνει την απόδοση της λειτουργίας των πνευμόνων και καταστρέφει τα ωφέληματα της άσκησης και της άθλησης. Ο αθλητισμός προωθεί τον υγιεινό τρόπο διαβίωσης, τον υγιή ανταγωνισμό και την ψυχαγωγία των συμμετεχόντων. Ο Π.Ο.Υ. και το Κέντρο Ελέγχου Ασθενειών των Η.Π.Α., σε συνεργασία με διεθνείς αθλητικούς οργανισμούς, όπως η Διεθνής Ολυμπιακή Επιτροπή και η Διεθνής Ομοσπονδία Ποδοσφαίρου, προωθούν τη διοργάνωση κορυφαίων διεθνών αθλητικών γεγονότων ελεύθερων από καπνό, όπως οι Ολυμπιακοί Αγώνες του Σύδνεϋ (2000), της Αθήνας (2004), του Πεκίνου (2008) και το Παγκόσμιο Κύπελλο Ποδοσφαίρου.²⁵⁰

Τέλος, οι οδηγίες διατροφής πρέπει να είναι απλές και εύκολα κατανοητές, με ιδιαίτερη προσοχή στα ενδιάμεσα γεύματα (snacks), που δεν πρέπει να περιέχουν πολλές θερμίδες και λίπη, αλλά κυρίως φρούτα, λαχανικά και ψωμί ή δημητριακά.²⁵¹ Είναι βέβαιο, ότι η συνεργασία διαιτολόγου και πρώην καπνιστή, θα επιφέρει καλύτερο έλεγχο του σωματικού βάρους μετά τη διακοπή του καπνίσματος.

²⁴⁹ www.bestrong.org.gr (23/08/10). «Συνδεδεμένες συνήθειες με το κάπνισμα»

²⁵⁰ www.cyprus.gov (04/12/07). «Χαιρετισμός του Υπουργού Υγείας κ. Κώστα Καδή στη συνέντευξη Τύπου για την έρευνα “Η ψυχοκοινωνική σχέση άθλησης και καπνίσματος ανάμεσα σε έφηβους και νεαρούς ενήλικες στην Κύπρο”»

²⁵¹ Πανοτόπουλος, Γ. (χ.χ.) «Κάπνισμα και σωματικό βάρος». www.hygeia.gr

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

6.1. Κινητοποίηση για αλλαγή - Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας

Πολλά χρόνια προβλήματα υγείας σχετίζονται με τροποποιήσιμες συμπεριφορές του τρόπου ζωής, όπως οι φτωχές διατροφικές επιλογές και η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας. Τα υπάρχοντα συμπεριφοριστικά πρότυπα είναι, όμως, δύσκολο να αλλάξουν, ακόμα και όταν το άτομο αναγνωρίζει ότι κινδυνεύει η υγεία του. Οι επαγγελματίες υγείας, διαδραματίζουν ζωτικό ρόλο στην κινητοποίηση των ατόμων να υιοθετήσουν πιο υγιεινές συνήθειες, αλλά για να είναι μια στρατηγική για αλλαγή πραγματικά αποτελεσματική, θα πρέπει να περιλαμβάνει περισσότερα από την απλή παροχή συμβουλών.

Μια αλλαγή στη συμπεριφορά που διατηρείται, μπορεί να επιτευχθεί πιο αποτελεσματικά όταν υπάρχει κίνητρο που προέρχεται από το ίδιο το άτομο και όχι επειδή επιβάλλεται από άλλους. Οι συμπεριφορές, επομένως, ενισχύονται μέσα από εσωτερική ανταμοιβή που σχετίζεται με τις ανάγκες του ατόμου, τα ενδιαφέροντά του και τα συναισθήματά του. Οι τεχνικές που εστιάζουν στο άτομο, όπως η «συνέντευξη κινητοποίησης» και η «συνεργατική στοχοθεσία», αποβλέπουν στο να προάγουν την εσωτερική κινητοποίηση και έχουν συσχετισθεί με βελτιωμένα αποτελέσματα στην υγεία. Τέτοιου είδους τεχνικές, ενθαρρύνουν την αυτονομία των ατόμων στο να αποφασίζουν ποιές αλλαγές είναι απαραίτητες και πώς μπορούν να τις πετύχουν.

Η αλλαγή συμπεριφοράς είναι μια σταδιακή διαδικασία, η οποία επιτυγχάνεται μέσα από στάδια από τα οποία περνάει το άτομο. Δεν είναι όλα τα άτομα «έτοιμα» για αλλαγή και γι' αυτό, οι συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις πρέπει να σχεδιάζονται εξατομικευμένα. Ένας τρόπος βελτίωσης της ετοιμότητας του ατόμου για αλλαγή, χωρίς να υπάρχει αντιπαράθεση, είναι η αύξηση της αντίληψης για το πρόβλημα και η παροχή πληροφοριών.

Οι συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία, καθορίζονται από την αντίληψη του ατόμου για τα ζητήματα που επακολουθούν και από το κατά πόσο σχετικά θεωρεί τα ζητήματα αυτά με την προσωπική του περίπτωση. Για να συμβεί η αλλαγή, πρέπει το άτομο να πεισθεί ότι η συμπεριφορά του το καθιστά ευάλωτο σε ένα συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας, ότι το πρόβλημα αυτό είναι πιθανώς σοβαρό και ότι τα οφέλη από την αλλαγή υπερτερούν σε σχέση με τις πιθανές θυσίες που καλείται το ίδιο να κάνει. Κάποιοι κοινωνικοί παράγοντες μπορούν επίσης να επηρεάσουν την επιθυμία του ατόμου να δεσμευτεί για μια συμπεριφοριστική αλλαγή, όπως τα κοινωνικά πρότυπα ή ιδανικά, καθώς και οι συμπεριφορές των φίλων και της οικογένειας.

Ο φόβος της αποτυχίας μπορεί να αποτελέσει σημαντικό εμπόδιο στην αλλαγή. Οι επαγγελματίες υγείας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη βελτίωση της αυτοαποτελεσματικότητας των ατόμων ή της πίστης στην ικανότητά τους να επιτύχουν έναν συγκεκριμένο στόχο. Αυτό δεν περιλαμβάνει μόνο «επιβεβαίωση» και «εποικοδομητική

ανατροφοδότηση», αλλά επίσης «παροχή των μέσων και των ικανοτήτων», ώστε να επιτύχουν το στόχο τους.

Η «στοχοθεσία» και ο «σχεδιασμός δράσης», αποτελούν εργαλεία που μπορούν να βοηθήσουν τα άτομα να βελτιώσουν τη διατροφή και τη φυσική δραστηριότητά τους, ιδιαίτερα όταν σχεδιάζονται σε συνεργασία με έναν επαγγελματία υγείας. Προτιμώνται τα σχέδια δράσης με μεγαλύτερη πιθανότητα επίτευξης, αφού ακόμα και οι μικρές επιτυχίες μπορούν να αυξήσουν την αυτοπεποίθηση και την κινητοποίηση του ατόμου.²⁵²

6.2. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού απέναντι στις συμπεριφορές υγείας

Ο Κοινωνικός Λειτουργός μπορεί να οργανώσει ή να συμμετέχει σε προγράμματα πρόληψης που αφορούν στην υγιεινή διατροφή, την άθληση, το κάπνισμα και το αλκοόλ. Με τα προγράμματα αυτά, ο Κοινωνικός Λειτουργός βοηθάει τα άτομα να κατανοήσουν καλύτερα τις σχέσεις μεταξύ της διατροφής, της σωματικής άσκησης, του καπνίσματος, της κατάχρησης αλκοόλ και της υγείας και εισάγει τις αναγκαίες αλλαγές στον τρόπο ζωής. Αυτά τα προγράμματα μπορούν να απευθύνονται σε μεγάλους στο χώρο εργασίας τους, στα παιδιά στο σχολείο και στους νέους.²⁵³

Ο χώρος εργασίας αποτελεί ένα ιδανικό περιβάλλον για την προώθηση της υγιεινής διατροφής και των συμπεριφορών υγείας. Ο Κοινωνικός Λειτουργός μπορεί να ενημερώσει τους εργοδότες και τους εργαζόμενους, ώστε να επιλέγουν ισορροπημένα γεύματα στα κυλικεία στο χώρο εργασίας και να προωθήσουν μια αθλητική δραστηριότητα, είτε στο χώρο εργασίας, είτε στο σπίτι.

Όσον αφορά στο κάπνισμα και στο αλκοόλ, τα προγράμματα πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης, στοχεύουν στην εκμάθηση γνωστικών και κοινωνικών δεξιοτήτων, στη διαχείριση του στρες, στην αντιμετώπιση της κοινωνικής πίεσης και στην αποτελεσματική πληροφόρηση. Για την εγκατάλειψη της συνήθειας του καπνίσματος, χρησιμοποιείται από τους ειδικούς ένα εύρος τεχνικών, όπως ο «αυτοέλεγχος», η «συστηματική αποευαισθητοποίηση», «αποστροφικές τεχνικές» ή ακόμα και ειδικά «φαρμακευτικά σκευάσματα».

Τα αποτελεσματικότερα προγράμματα πρόληψης της κατάχρησης αλκοόλ, είναι αυτά που συνδυάζουν μια ευρεία κοινοτική πολιτική και νομοθεσία, σε πρώτο στάδιο, και εν συνεχεία, «θεραπευτικές παρεμβάσεις», όπως «γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία». Επίσης, χρήσιμη είναι η «συμμετοχή σε ομάδες στήριξης» (π.χ. οι ανώνυμοι αλκοολικοί), αλλά μόνο ως συμπληρωματική μέθοδος.

²⁵² The European Food Information Council (2010). "Motivating change: Tips for health care professionals". www.eufic.org

²⁵³ Πτυχιακή Εργασία: Ευγενίου, Σ., Παρδάλου, Τ., Φανάρη, Μ. (2008). *Οι διατροφικές συνήθειες και άλλες συμπεριφορές υγείας των φοιτητών σε Ελλάδα και Κύπρο*. ΤΕΙ Κρήτης

Στον τομέα της πρόληψης, ο Κοινωνικός Λειτουργός έχει πολλά να προσφέρει στα πλαίσια της ενημέρωσης και μπορεί να οργανώσει ομιλίες και σεμινάρια.²⁵⁴

Στάδια παρέμβασης Κοινωνικού Λειτουργού

- Να αναγνωρίσει τη συμπεριφορά – στόχο που θα ωφελήσει την υγεία του ατόμου
- Να συζητήσει τη σχέση μεταξύ συμπεριφοράς και υγείας και την αντίληψη του ατόμου, όσον αφορά στο πώς σχετίζεται με τη δική του περίπτωση
- Να αξιολογήσει την ετοιμότητα του ατόμου για αλλαγή, ανάλογα με το βαθμό αντίστασης που αντιλαμβάνεται ότι υπάρχει και να σχεδιάσει τη συμβουλευτική του καταλλήλως
- Να αποφύγει να είναι επικριτικός ή να έρχεται σε αντιπαράθεση και να μην επιμένει στην αλλαγή όταν εμφανίζεται υψηλός βαθμός αντίστασης
- Να διερευνήσει και να δείξει ενσυναίσθηση στα κίνητρα, τα συναισθήματα και τα πιστεύω του ατόμου. Να ενθαρρύνει το άτομο να σταθμίσει τα υπέρ και τα κατά της συμπεριφοριστικής αλλαγής με δικά του λόγια
- Να οδηγήσει το άτομο στο σχεδιασμό του δικού του τρόπου δράσης, αν η απόφαση για αλλαγή φαίνεται να πλησιάζει
- Να ενθαρρύνει το άτομο να θέσει τους δικούς του στόχους, συμπεριλαμβάνοντας συμπεριφορές που μπορούν να ενσωματωθούν εύκολα στο συνήθη τρόπο ζωής του και έχουν μεγάλη πιθανότητα επιτυχίας. Η υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους, αποτελεί χρήσιμο βοηθό σε αυτή τη προσπάθεια
- Να συζητήσει τα πιθανά εμπόδια στην αλλαγή και πώς το άτομο στοχεύει να τα χειριστεί
- Να δώσει πρόσβαση σε πληροφορίες και άλλες πηγές που μπορούν να βοηθήσουν το άτομο στη διαδικασία. Υλικό που παρέχεται εξατομικευμένα μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή θα μπορούσε να είναι βοηθητικό
- Να διατηρήσει επαφή, να παρέχει ανατροφοδότηση και να ενθαρρύνει τη διαδικασία της αυτο-παρακολούθησης
- Να αναγνωρίσει ότι η υποτροπή είναι κάτι που συμβαίνει και δεν καθορίζει την αποτυχία της διαδικασίας. Να συζητήσει τις επιλογές που υπάρχουν όσον αφορά στον τρόπο διαχείρισης των στόχων που δεν έχουν επιτευχθεί.²⁵⁵

²⁵⁴ Πτυχιακή Εργασία: Ευγενίου, Σ., Παρδάλου, Τ., Φανάρη, Μ. (2008). *Οι διατροφικές συνήθειες και άλλες συμπεριφορές υγείας των φοιτητών σε Ελλάδα και Κύπρο*. ΤΕΙ Κρήτης

²⁵⁵ The European Food Information Council (2010). "Motivating change: Tips for health care professionals". www.eufic.org

Β. ΕΜΠΕΙΡΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

7.1. Σημασία και σκοπός της έρευνας

Σκοπός της έρευνας, είναι να μελετήσουμε και να καταγράψουμε τις συμπεριφορές υγείας που έχουν οι εργαζόμενοι, συγκεκριμένα οι μόνιμοι εκπαιδευτικοί και οι διοικητικοί, του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου Κρήτης. Αναλυτικότερα, θα διερευνηθούν οι συμπεριφορές των ατόμων σχετικά με τη διατροφή, τη σωματική δραστηριότητα, το κάπνισμα και το αλκοόλ.

Αναμφισβήτητα, εκτός από φοιτητές, συναναστρεφόμαστε σε καθημερινή βάση και με αρκετά μεγάλο αριθμό εργαζομένων στο Τ.Ε.Ι., είτε πρόκειται για εκπαιδευτικούς είτε για διοικητικούς. Το ερευνητικό μας ενδιαφέρον εστιάστηκε στο συγκεκριμένο πληθυσμό, καθώς σε αντίθεση με το φοιτητικό πληθυσμό, δεν έχουν πραγματοποιηθεί στο παρελθόν άλλες πτυχιακές εργασίες που να αφορούν αποκλειστικά τους εργαζόμενους. Συνεπώς, το θεωρήσαμε αρκετά ενδιαφέρον να διερευνήσουμε και να καταγράψουμε τις δικές τους συμπεριφορές υγείας. Ακόμα, το προσωπικό του Ιδρύματος αποτελεί πρότυπο για τους φοιτητές, αφού «διδάσκει» με τη στάση και τη συμπεριφορά του τις συμπεριφορές υγείας. Από τα παιδικά και εφηβικά μας χρόνια, το σχολείο και ιδιαίτερα ο δάσκαλος αποτελεί πρόσωπο προς μίμηση και μας επηρεάζει, μετά την οικογένεια, άμεσα στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς μας.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία και από έρευνες που διεξήχθησαν σε εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, το μεγαλύτερο ποσοστό δεν ακολουθεί τα πρότυπα της Μεσογειακής διατροφής. Ακόμη, 1 στους 2 εκπαιδευτικούς δεν αθλείται καθόλου, ενώ όσοι αθλούνται ασχολούνται κυρίως με ελαφριά γυμναστική ή αθλούνται για λίγο. Σχετικά με το κάπνισμα και το αλκοόλ, φαίνεται ότι, αρκετοί από τους εκπαιδευτικούς καπνίζουν, ωστόσο δεν πίνουν σε υψηλό βαθμό.

7.2. Ερευνητικά ερωτήματα – Υποθέσεις

Το **πρώτο ερώτημα**, είναι να διαπιστωθεί *αν οι εργαζόμενοι του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου Κρήτης (μόνιμοι εκπαιδευτικοί και διοικητικοί) έχουν σωστές συμπεριφορές υγείας.*

Το **δεύτερο ερώτημα** είναι να συγκρίνουμε τις *συμπεριφορές υγείας* των εργαζομένων με την *ιδιότητα*, υποθέτοντας ότι οι μόνιμοι εκπαιδευτικοί θα έχουν καλύτερες συμπεριφορές υγείας.

Το **τρίτο ερώτημα** είναι να συγκρίνουμε τις *συμπεριφορές υγείας* των εργαζομένων με το *φύλο*, υποθέτοντας ότι οι γυναίκες θα έχουν καλύτερες συμπεριφορές υγείας.

Το **τέταρτο** και τελευταίο **ερώτημα**, είναι να συγκρίνουμε τις **συμπεριφορές υγείας** των εργαζομένων με τον **Δείκτη Μάζας Σώματος**, υποθέτοντας ότι όσοι έχουν $\Delta\text{ΜΣ} \geq 25$ θα έχουν χειρότερες συμπεριφορές υγείας.

7.3. Πληθυσμός μελέτης

Ο υπό μελέτη πληθυσμός της έρευνάς μας, περιελάμβανε 200 εργαζόμενους, 100 μόνιμους εκπαιδευτικούς και 100 διοικητικούς του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου Κρήτης. Δεν απευθυνθήκαμε σε ωρομίσθιους εκπαιδευτικούς, λόγω της πιθανής αδυναμίας για εντοπισμό και προσέγγισή τους.

Η διάρθρωση του πληθυσμού μελέτης είχε ως εξής: Τα στοιχεία συλλέχθηκαν αναδρομικά. Πιο συγκεκριμένα, κατά την πρώτη επαφή με τη Διοίκηση του Τ.Ε.Ι. το 2010, το σύνολο των εργαζομένων του Ιδρύματος ήταν 1.273 άτομα, ενώ κατά τη δεύτερη επαφή το 2011, ήταν 1.209. Αναλυτικότερα, το 2010 οι ωρομίσθιοι εκπαιδευτικοί ανέρχονταν σε 810, ενώ το 2011 σε 786, οι αορίστου χρόνου διοικητικοί ήταν 77 και παρέμειναν ως έχουν, οι μόνιμοι εργαζόμενοι ήταν 386 (μόνιμοι εκπαιδευτικοί: 213, μόνιμοι διοικητικοί: 128, Ε.Τ.Π.: 45). Το 2011 οι μόνιμοι εργαζόμενοι μειώθηκαν στους 346 (μόνιμοι εκπαιδευτικοί: 199, μόνιμοι διοικητικοί: 102, Ε.Τ.Π.: 45).

Όσον αφορά στο υπό μελέτη δείγμα μας, οι μόνιμοι εκπαιδευτικοί το 2010, ανέρχονταν σε 213 άτομα, ενώ το 2011 ανέρχονται σε 199, εκ των οποίων οι 139 βρίσκονται στο Ηράκλειο. Οι διοικητικοί το 2010 ανέρχονταν σε 205 άτομα, ενώ σήμερα ανέρχονται σε 179, εκ των οποίων οι 157 βρίσκονται στο Ηράκλειο. Όπως γίνεται φανερό, υπάρχει μείωση του αριθμού των εργαζομένων.

Σχετικά με τη δειγματοληψία, χρησιμοποιήθηκε κατάλογος με τα ονοματεπώνυμα των μόνιμων εκπαιδευτικών και των διοικητικών, τον οποίο λάβαμε από τη Διοίκηση του Τ.Ε.Ι. Συγκεκριμένα, από την καταμέτρηση των **μόνιμων εκπαιδευτικών**, από τους **139**, που βρίσκονται στο Ηράκλειο, όπου και πραγματοποιήθηκε η έρευνα, **ήρθαμε σε επαφή με τους 100** και από τους **157 διοικητικούς** που βρίσκονται στο Ηράκλειο, αντίστοιχα, **ήρθαμε σε επαφή με τους 100** (συνολικά 200 ερωτηματολόγια), για να έχουμε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα αυτών. Όσον αφορά στους 139 μόνιμους εκπαιδευτικούς, από την κάθε σχολή λήφθηκε ποσοστόση περίπου το 80% του πληθυσμού. Πιο αναλυτικά, από τη ΣΕΥΠ, η οποία είχε 22 μόνιμους εκπαιδευτικούς, απευθυνθήκαμε στους 16, από τη ΣΔΟ, η οποία είχε 21, απευθυνθήκαμε στους 15, από τη ΣΤΕΦ, η οποία είχε 73, απευθυνθήκαμε στους 52 και από τη ΣΤΕΓ, η οποία είχε 23, απευθυνθήκαμε στους 17, με τυχαίο τρόπο. Συγκεκριμένα, από έναν κατάλογο με τα ονοματεπώνυμά τους, παίρναμε έναν παρά έναν, ώστε να συγκεντρώσουμε 100 ερωτηματολόγια. Όσο για τους 157 διοικητικούς, από τον κατάλογο απευθυνθήκαμε στους 100 από αυτούς, με το να δίνουμε σε έναν παρά έναν ερωτηματολόγιο.

Η προσέγγιση των ατόμων έγινε με προσωπική επαφή στο χώρο του Εκπαιδευτικού Ιδρύματος και συγκεκριμένα στο χώρο εργασίας τους. Οι λόγοι για τους οποίους προτιμήσαμε να

έχουμε προσωπική επαφή μαζί τους, είναι για να λύσουμε τυχόν απορίες κατά τη διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, αλλά και να τους ενημερώσουμε ότι θα διασφαλιστεί το απόρρητο, όσον αφορά στα ερωτηματολόγια που θα συμπληρώσουν και τις απαντήσεις που θα δώσουν. Γι' αυτό το λόγο, στις συναντήσεις μας με τον κάθε εργαζόμενο κρατούσαμε έναν φάκελο μαζί μας, στον οποίο τοποθετούνταν τα ερωτηματολόγια ανώνυμα. Η επαφή μας με τα άτομα του δείγματος λάμβανε χώρα πρωινές και μεσημβρινές ώρες.

7.4. Τεχνική συλλογής δεδομένων – Περιγραφή Ερωτηματολογίου

Για τη διεξαγωγή του ερευνητικού μέρους της πτυχιακής μας εργασίας, πραγματοποιήθηκε ποσοτική έρευνα και χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε από τους ίδιους τους ερωτώμενους (απευθείας συμπληρούμενο), κατά τις συναντήσεις που πραγματοποιήσαμε μαζί τους στο χώρο του Εκπαιδευτικού Ιδρύματος και συγκεκριμένα στο περιβάλλον εργασίας τους.

Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε 5 ενότητες. Η **πρώτη ενότητα**, αφορούσε στα **κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία** του δείγματος και συγκεκριμένα στόχευε να συγκεντρώσει πληροφορίες για την ιδιότητα (μόνιμος εκπαιδευτικός ή διοικητικός), τη σχολή και τη βαθμίδα των μόνιμων εκπαιδευτικών, το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση και τις σπουδές. Ακόμα, ζητήθηκαν πληροφορίες για το ύψος και το βάρος, έτσι ώστε να υπολογιστεί ο Δείκτης Μάζας Σώματος των ατόμων. Η κατηγοριοποίηση του σωματικού βάρους γίνεται παγκοσμίως μέσω του Δείκτη Μάζας Σώματος:

$$\Delta\text{ΜΣ} = \text{Βάρος (σε κιλά)} / \text{Υψος} \times \text{Υψος (σε μέτρα)}$$

Κατηγοριοποίηση Σωματικού Βάρους σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας-νοσηρότητας

Ελλιποβαρής "Φυσιολογικού" σωματικού βάρους	<18.5	Χαμηλός (αλλά αυξημένος κίνδυνος άλλων κλινικών προβλημάτων)
Υπέρβαρος	18.5-24.9	Μέσος
Ήπια παχύσαρκος	25.0-29.9	Αυξημένος
Μέτρια παχύσαρκος	30.0-34.9	Πολύ αυξημένος
Σοβαρά παχύσαρκος	35.0-39.9	Σοβαρός
	≥40	Πολύ σοβαρός

Η **δεύτερη ενότητα**, περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικά με τις **διατροφικές συνήθειες**. Συγκεκριμένα, συγκεντρώθηκαν πληροφορίες για το πόσα γεύματα καταναλώνουν οι εργαζόμενοι ημερησίως, ποιο γεύμα παραλείπουν ευκολότερα, αν καταναλώνουν πρωινό και τι αυτό περιλαμβάνει, καθώς και το πόσο συχνά καταναλώνουν εβδομαδιαίως τα τρόφιμα της Μεσογειακής Πυραμίδας. Έπειτα, ζητήθηκε από τους εργαζόμενους να απαντήσουν για το πόσο συχνά καταναλώνουν έτοιμο ή προπαρασκευασμένο φαγητό. Ακόμα, διερευνήθηκε η κατανάλωση τροφίμων στο χώρο εργασίας και συγκεκριμένα συλλέχθηκαν πληροφορίες για το πόσο συχνά

καταναλώνουν κάτι, ποια τρόφιμα προτιμούν και από πού τα προμηθεύονται. Τέλος, ακολούθησε ερώτηση σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή τους ως προς τα τρόφιμα που θα καταναλώσουν γενικότερα.

Η **τρίτη ενότητα**, περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικά με τη **σωματική δραστηριότητα**. Πιο συγκεκριμένα, οι εργαζόμενοι ρωτήθηκαν πόσο συχνά ασκούνται, με τι είδους δραστηριότητα ασχολούνται πιο συχνά, ενώ όσοι δεν ασχολούνταν με κάποιο είδος άσκησης, κλήθηκαν να απαντήσουν ποιοι είναι οι παράγοντες που τους εμποδίζουν.

Η **τέταρτη ενότητα**, περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικά με το **κάπνισμα**. Συγκεκριμένα, οι εργαζόμενοι ρωτήθηκαν αν καπνίζουν, πόσα τσιγάρα ημερησίως και πόσα χρόνια. Ακολούθησαν ερωτήσεις που αφορούσαν τα μέτρα απαγόρευσης του καπνίσματος στο χώρο εργασίας και συγκεκριμένα διερευνήθηκαν σε ποιο βαθμό οι εργαζόμενοι τηρούν το νόμο για την απαγόρευση του καπνίσματος στο χώρο εργασίας και σε ποιο βαθμό τους ενοχλεί το γεγονός ότι δεν μπορούν να καπνίσουν σε αυτήν. Τέλος, οι μη καπνίζοντες κλήθηκαν να απαντήσουν αν υποβάλλονται σε παθητικό κάπνισμα εντός και εκτός χώρου εργασίας.

Η **πέμπτη και τελευταία ενότητα**, περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικά με το **αλκοόλ**. Αναλυτικότερα, οι εργαζόμενοι ρωτήθηκαν πόσο συχνά καταναλώνουν αλκοόλ εβδομαδιαίως, πόσα περίπου ποτήρια οινοπνευματωδών ποτών και αν είναι χαμηλής ή υψηλής περιεκτικότητας.

7.5. Επεξεργασία των αποτελεσμάτων

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 19 και συγκεκριμένα το pearson χ^2 (pearson chi-square test) και μέθοδοι της περιγραφικής στατιστικής.

7.6. Δυσκολίες κατά τη διεξαγωγή της έρευνας

Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας αντιμετωπίσαμε τις εξής δυσκολίες:

- Μείωση του προσωπικού των εργαζομένων από το 2010 μέχρι σήμερα
- Δυσκολία εύρεσης του δείγματος μέσω του καταλόγου με τα ονοματεπώνυμα, γιατί τα άτομα ήταν άγνωστα προς εμάς και δεν γνωρίζαμε ποιόν να προσεγγίσουμε κάθε φορά
- Η διαδικασία εύρεσης των εργαζομένων, υπήρξε χρονοβόρα, καθώς έπρεπε να βρούμε τα συγκεκριμένα ονόματα που αναγράφονταν στον κατάλογο
- Δυσκολία εύρεσης μόνιμου εκπαιδευτικού προσωπικού σε σχέση με το διοικητικό προσωπικό, λόγω του προγράμματός του (μαθήματα, συνέδρια, πίεση χρόνου κ.λπ.)
- Δυσκολία εύρεσης μόνιμων εκπαιδευτικών σε σχέση με τους ωρομίσθιους εκπαιδευτικούς
- Δυσκολία προσέγγισης των εργαζομένων ή και άρνηση απευθείας συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, λόγω έλλειψης χρόνου. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα, αφενός να μη γίνεται άμεση παράδοση του ερωτηματολογίου κι έτσι, με το να μην είμαστε παρούσες κατά τη

συμπλήρωσή του, να μην υπάρχει δυνατότητα να δοθούν διευκρινήσεις και να λυθούν ενδεχόμενες απορίες και αφετέρου να δίνουν οι ερωτώμενοι βιαστικές και πρόχειρες απαντήσεις

- Τέλος, είναι πιθανόν ορισμένες απαντήσεις των ερωτώμενων να μην ήταν ειλικρινείς ή να ήταν προσποιητές, λόγω φόβου να μην σχολιαστούν αρνητικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΩΟ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

8.1. Περιγραφική Στατιστική

Α. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η πρώτη ενότητα, αφορά στα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία των εργαζομένων, όπως την ιδιότητα (Μόνιμος Εκπαιδευτικός ή Διοικητικός), τη σχολή και τη βαθμίδα των Μόνιμων Εκπαιδευτικών, το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, τις σπουδές και τον Δείκτη Μάζας Σώματος. Έτσι, λοιπόν έχουμε τα εξής αποτελέσματα :

πίνακας 1

<i>Ιδιότητα</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
Μόνιμος Εκπαιδευτικός	100	50.0
Διοικητικός	100	50.0
Σύνολο	200	100.0

Το δείγμα μας αποτέλεσαν 100 Μόνιμοι Εκπαιδευτικοί (50%) και 100 Διοικητικοί (50%) αντίστοιχα, ώστε όντας ισάριθμα ποσοστά, το δείγμα να είναι όσο το δυνατόν περισσότερο αντιπροσωπευτικό.

πίνακας 2

<i>Σχολή (Μόνιμοι Εκπαιδευτικοί)</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
ΣΔΟ	15	15.0
ΣΤΕΦ	52	52.0
ΣΕΥΠ	16	16.0
ΣΤΕΓ	17	17.0
Σύνολο	100	100.0

Στον πίνακα 2, παρουσιάζεται το σύνολο των Μόνιμων Εκπαιδευτικών στους οποίους απευθυνθήκαμε από την κάθε σχολή. Συγκεκριμένα, από τους 100 Μόνιμους Εκπαιδευτικούς, από τη ΣΔΟ απευθυνθήκαμε στους 15 (15%), από τη ΣΤΕΦ στους 52 (52%), από τη ΣΕΥΠ στους 16 (16%) και τέλος από τη ΣΤΕΓ στους 17 (17%).

πίνακας 3

<i>Βαθμίδα (Μόνιμοι Εκπαιδευτικοί)</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
Καθηγητής εφαρμογών	36	36.4
Επίκουρος καθηγητής	22	22.2
Αναπληρωτής καθηγητής	14	14.1
Καθηγητής	28	27.3
Σύνολο	100	100.0

Όσον αφορά στη βαθμίδα των Μόνιμων Εκπαιδευτικών, 36 (36.4%) εξ αυτών δηλώνουν «Καθηγητές Εφαρμογών», 22 (22.2%) δηλώνουν «Επίκουροι Καθηγητές», 14 (14.1%) δηλώνουν «Αναπληρωτές Καθηγητές» και 28 (27.3%) δηλώνουν «Καθηγητές».

πίνακας 4

Φύλο	N	(%)
Άνδρας	116	58.0
Γυναίκα	84	42.0
Σύνολο	200	100.0

Από τα 200 άτομα που αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνας, όπως φαίνεται και στον πίνακα 4, τα 116 (58%) ήταν άνδρες και τα 84 (42%) ήταν γυναίκες. Δεν υπάρχει αναλογία μεταξύ του αριθμού των γυναικών και των ανδρών, αφού οι τελευταίοι υπερισχύουν σε ποσοστό. Αυτό συμβαίνει διότι οι σχολές δεν αριθμούν τον ίδιο αριθμό και για τα δύο φύλα. Για παράδειγμα, η ΣΤΕΦ αριθμεί περισσότερους άνδρες εργαζόμενους (ιδιαίτερα Εκπαιδευτικούς), από ότι γυναίκες, λόγω των τμημάτων της, όπως της Ηλεκτρολογίας και της Μηχανολογίας, καθώς και η ΣΕΥΠ, αριθμεί περισσότερες γυναίκες από ότι άνδρες, λόγω των τμημάτων της (Νοσηλευτική, Κοινωνική Εργασία) αντίστοιχα.

πίνακας 5

	Μέση τιμή	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Ηλικία	49.9	31	66

Όπως απεικονίζεται και στον πίνακα, η μέση ηλικία των ατόμων του δείγματος ήταν τα 49.9 έτη, με μικρότερη τα 31 έτη και με μεγαλύτερη τα 66.

πίνακας 6

Οικογενειακή κατάσταση	N	(%)
Άγαμος/η	26	13.0
Έγγαμος/η	163	81.5
Διαζευγμένος/η	9	4.5
Σε διάσταση	2	1.0
Σύνολο	200	100.0

Όπως γίνεται αντιληπτό από τον πίνακα, ο μεγαλύτερος αριθμός των ερωτηθέντων, το 81.5%, δήλωσε ότι είναι «έγγαμος/η», το 13% δήλωσε ότι είναι «άγαμος/η», το 4.5% ότι είναι «διαζευγμένος/η» και το 1% δήλωσε ότι βρίσκεται «σε διάσταση».

πίνακας 7

<i>Αριθμός παιδιών</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
0	42	21.0
1	29	14.5
2	99	49.5
3	27	13.5
4	3	1.5
Σύνολο	200	100.0

Σύμφωνα με τα στοιχεία του πίνακα 7, παρατηρούμε ότι σχεδόν οι μισοί από τους ερωτηθέντες (49.5%) έχουν 2 παιδιά, σε αντίθεση με το 21% που δεν έχει κανένα. Έπειτα, βλέπουμε ότι το 14.5% έχει 1 παιδί, το 13.5% έχει 3 και τέλος το 1.5% έχει 4 παιδιά.

πίνακας 8

<i>Σπουδές</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
Απόφοιτος/η Δημοτικού – Γυμνασίου	4	2.0
Απόφοιτος/η Λυκείου	40	20.0
Απόφοιτος/η ΤΕΙ	40	20.0
Απόφοιτος/η ΑΕΙ	25	12.5
Κάτοχος Μεταπτυχιακού	34	17.0
Κάτοχος Διδακτορικού	57	28.5
Σύνολο	200	100.0

Αναφορικά με το επίπεδο σπουδών, το 28.5% είναι «κάτοχοι Διδακτορικού», το 17% «κάτοχοι Μεταπτυχιακού», το 12.5% «απόφοιτοι Α.Ε.Ι.», το 20% «απόφοιτοι Τ.Ε.Ι.», το 20% «απόφοιτοι Λυκείου» και ένα μικρό ποσοστό της τάξεως του 2% είναι «απόφοιτοι Δημοτικού/Γυμνασίου».

πίνακας 9

<i>Δείκτης Μάζας Σώματος (Βάρος/Υψος²)</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
Φυσιολογικού βάρους	70	35.0
Υπέρβαρος	93	46.5
Ήπια παχύσαρκος	29	14.5
Μέτρια παχύσαρκος	6	3.0
Σοβαρά παχύσαρκος	2	1.0
Σύνολο	200	100.0

Όπως παρατηρούμε στον πίνακα 9, αναφορικά με το Δείκτη Μάζας Σώματος των εργαζομένων, το 35% έχουν «φυσιολογικό» δείκτη μάζας σώματος, το 46.5% είναι «υπέρβαροι», το 14.5% είναι «ήπια παχύσαρκοι», το 3% είναι «μέτρια παχύσαρκοι» και το 1% είναι «σοβαρά παχύσαρκοι».

B. ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Στη δεύτερη ενότητα του ερωτηματολογίου, περιλαμβάνονται ερωτήσεις που αφορούν στις διατροφικές συνήθειες των εργαζομένων. Παρακάτω ακολουθεί η ανάλυση των απαντήσεων σχετικά με τις ερωτήσεις των διατροφικών συνηθειών :

πίνακας 10

<i>Αριθμός γευμάτων/ημέρα</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
Από 0 έως και 3	156	78.0
Πάνω από 3	44	22.0
Σύνολο	200	100.0

Στην ερώτηση «Πόσα γεύματα συνήθως καταναλώνετε την ημέρα», η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος, με ποσοστό 78%, δήλωσε ότι καταναλώνει τουλάχιστον 3 γεύματα την ημέρα (≤ 3), ενώ μόνο το 22% δήλωσε ότι καταναλώνει περισσότερα από 3 γεύματα (>3).

πίνακας 11

<i>Παραλειπόμενο γεύμα</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
Πρωινό	77	38.5
Μεσημεριανό	14	7.0
Βραδινό	39	19.5
Ενδιάμεσα γεύματα	57	28.5
Κανένα	13	6.5
Σύνολο	200	100.0

Το γεύμα που οι εργαζόμενοι παραλείπουν ευκολότερα είναι το «πρωινό» με ποσοστό 38.5%, ακολουθούν τα «ενδιάμεσα γεύματα» με ποσοστό 28.5% και το «βραδινό» με ποσοστό 19.5%. Ταυτόχρονα, το 7% παραλείπει ευκολότερα το «μεσημεριανό», ενώ «κανένα» γεύμα δεν παραλείπει το 6.5% των εργαζομένων.

πίνακας 12

<i>Πρόσληψη πρωινού</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
Ναι	97	48.5
Όχι	45	22.5
Μερικές φορές	58	29.0
Σύνολο	200	100.0

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα, το 48.5% των εργαζομένων απάντησε ότι παίρνει πρωινό, ενώ το 22.5% απάντησε ότι δεν παίρνει. Επιπλέον, ένα ποσοστό της τάξεως του 29% απάντησε ότι παίρνει πρωινό «μερικές φορές».

πίνακας 13

Είδος πρωινού	N	(%)
Καφές – Τσάι	146	73.0
Φρουτοχυμός	15	7.5
Δημητριακά	63	31.5
Τόστ-Φρυγανιές	51	25.5
Κρουασάν-Κέικ	13	6.5
Γάλα-Γιαούρτι	60	30.0
Φρούτα	17	8.5
Γλυκά	9	4.5
Άλλο	20	10.0

Για το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων (73%), το πρωινό περιλαμβάνει «καφέ-τσάι», για το 31.5% «δημητριακά», για το 30% «γάλα-γιαούρτι», για το 25.5% «τοστ-φρυγανιές» και για το 10% «άλλο». Με μικρότερα ποσοστά οι εργαζόμενοι επιλέγουν για πρωινό τα «φρούτα» (8.5%), τον «φρουτοχυμό» (7.5%), το «κρουασάν-κέικ» (6.5%) και τα «γλυκά» (4.5%).

πίνακας 14

Συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων/εβδομάδα	Κάθε μέρα		4-5 φορές/εβδομάδα		2-3 φορές/εβδομάδα		0-1 φορά/εβδομάδα	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Είδος τροφίμου								
Δημητριακά – Ψωμί	78	39.0	60	30.0	48	24.0	14	7.0
Λαχανικά	62	31.0	52	26.0	68	34.0	18	9.0
Φρούτα	87	43.5	36	18.0	44	22.0	33	16.5
Όσπρια	0	0.0	11	5.5	91	45.5	98	49.0
Γαλακτοκομικά	87	43.5	46	23.0	45	22.5	22	11.0
Άσπρο κρέας	1	0.5	10	5.0	97	48.5	92	46.0
Γλυκά	26	13.0	28	14.0	63	31.5	83	41.5
Αυγά	1	0.5	4	2.0	50	25.0	145	72.5
Κόκκινο κρέας	2	1.0	21	10.5	86	43.0	91	45.5
Φυσιικός χυμός	16	8.0	22	11.0	61	30.5	101	50.5
Αναψυκτικά	9	4.5	12	6.0	33	16.5	146	73.0

Στον πίνακα 14 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για την εβδομαδιαία κατανάλωση τροφίμων του δείγματος. Έτσι, λοιπόν, ξεκινώντας από τη βάση της Μεσογειακής Πυραμίδας, παρατηρείται ότι, όσον αφορά στα **δημητριακά – ψωμί**, το μεγαλύτερο ποσοστό, το 39%, τα καταναλώνει σε καθημερινή βάση, το 30% τα καταναλώνει «4-5 φορές την εβδομάδα», το 24% «2-3 φορές την εβδομάδα» και μόλις το 7% των ερωτώμενων από «0-1 φορά την εβδομάδα».

Συνεχίζοντας, μόνο το 31% τρώει καθημερινά **λαχανικά**, το 26% τρώει «4-5 φορές την εβδομάδα», το 34% τρώει λαχανικά «2-3 φορές την εβδομάδα», ενώ υπάρχει και ένα σημαντικό ποσοστό της τάξεως του 9%, που δηλώνει ότι τρώει λαχανικά από «0-1 φορά την εβδομάδα».

Φαίνεται ακόμα ότι, όσον αφορά στα **φρούτα**, λιγότερο από το 1/2 των ερωτώμενων, το 43.5%, απάντησε ότι τα καταναλώνει καθημερινά, το 18% απάντησε ότι τα καταναλώνει «4-5 φορές την εβδομάδα», το 22% απάντησε «2-3 φορές την εβδομάδα» και τέλος μία σημαντική

μερίδα του πληθυσμού, το 16.5%, απάντησε ότι καταναλώνει φρούτα από «0-1 φορά την εβδομάδα».

Όσον αφορά στα **όσπρια**, όπως παρατηρείται, δεν υπάρχει κανένα άτομο που να τα καταναλώνει καθημερινά, το 5.5% τα καταναλώνει «4-5 φορές την εβδομάδα», ενώ με μεγαλύτερα ποσοστά ακολουθούν το 45.5%, όπου τα καταναλώνει «2-3 φορές την εβδομάδα» και το 49% που καταναλώνει τα όσπρια από «0-1 φορά» μέσα στην εβδομάδα.

Το 43.5% του δείγματος, δήλωσε ότι καταναλώνει **γαλακτοκομικά** σε καθημερινή βάση, το 23% δήλωσε ότι τα καταναλώνει «4-5 φορές την εβδομάδα», αντίστοιχο ποσοστό, το 22.5%, δήλωσε «2-3 φορές την εβδομάδα» και τέλος, ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό, το 11%, δήλωσε κατανάλωση από «0-1 φορά την εβδομάδα».

Ακόμα, το 0.5% του δείγματος ανέφερε καθημερινή κατανάλωση του **άσπρου κρέατος**, το 5% ανέφερε κατανάλωση με συχνότητα «4-5 φορές την εβδομάδα», ενώ με μεγαλύτερα ποσοστά ακολουθούν το 48.5%, το οποίο ανέφερε κατανάλωση «2-3 φορές την εβδομάδα» και το 46%, το οποίο ανέφερε κατανάλωση από «0-1 φορά την εβδομάδα».

Το 13%, επίσης, τρώει **γλυκά** καθημερινά, το 14% «4-5 φορές την εβδομάδα», το 31.5% τα τρώει «2-3 φορές την εβδομάδα» και το 41.5% από «0-1 φορά την εβδομάδα».

Το 0.5% των ερωτώμενων δήλωσε ότι καταναλώνει **αυγά** «κάθε μέρα», το 2% τα καταναλώνει «4-5 φορές την εβδομάδα», το 25% «2-3 φορές την εβδομάδα» και η συντριπτική πλειοψηφία, το 72.5%, καταναλώνει αυγά από «0-1 φορά την εβδομάδα».

Το **κόκκινο κρέας** καταναλώνεται από το 1% του δείγματος καθημερινά, από το 10.5% του δείγματος «4-5 φορές την εβδομάδα», από το 43% καταναλώνεται «2-3 φορές την εβδομάδα» και από το 45.5% από «0-1 φορά την εβδομάδα».

Έπειτα, μόνο το 8% φαίνεται να πίνει **φυσικό χυμό** καθημερινά, το 11% πίνει «4-5 φορές την εβδομάδα», το 30.5% πίνει φυσικό χυμό «2-3 φορές την εβδομάδα», ενώ οι μισοί από τους ερωτώμενους, με ποσοστό 50.5%, πίνουν φυσικό χυμό από «0-1 φορά» μέσα στην εβδομάδα.

Τέλος, το 4.5% δήλωσε ότι πίνει **αναψυκτικά** καθημερινά, το 6% δήλωσε «4-5 φορές την εβδομάδα», το 16.5% δήλωσε «2-3 φορές την εβδομάδα», ενώ η πλειονότητα του δείγματος, με ποσοστό 73%, δήλωσε ότι πίνει αναψυκτικά από «0-1 φορά την εβδομάδα».

πίνακας 15

<i>Συχνότητα κατανάλωσης έτοιμου ή προπαρασκευασμένου φαγητού</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
Σχεδόν καθημερινά	3	1.5
3-4 Φορές την εβδομάδα	6	3.0
2-3 Φορές την εβδομάδα	4	2.0
1-2 Φορές την εβδομάδα	38	19.0
1-2 Φορές το μήνα	91	45.5
Καθόλου	58	29.0
Σύνολο	200	100.0

Αναφορικά με τη συχνότητα κατανάλωσης έτοιμου ή προπαρασκευασμένου φαγητού, λιγότεροι από τους μισούς εργαζόμενους (45.5%) προβαίνουν στην συγκεκριμένη ενέργεια «1-2 φορές το μήνα», ενώ το 29% δεν καταναλώνει «καθόλου» τέτοιου είδους φαγητό. Ακολουθώντας, το 19% των ατόμων καταναλώνει έτοιμο ή προπαρασκευασμένο φαγητό «1-2 φορές την εβδομάδα», το 3% καταναλώνει «3-4 φορές», το 2% καταναλώνει «2-3 φορές» και μόλις το 1.5% ανέφερε κατανάλωση «σχεδόν καθημερινά».

πίνακας 16

<i>Συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων στην εργασία</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
Ποτέ	7	3.5
Σπάνια	79	39.5
Συχνά	65	32.5
Πολύ συχνά	18	9.0
Πάντοτε	31	15.5
Σύνολο	200	100.0

Όπως φαίνεται στον πίνακα 16, το 39.5% των ερωτώμενων ανέφερε πως «σπάνια» καταναλώνει κάτι στο χώρο εργασίας του, ενώ ένα εξίσου σημαντικό ποσοστό (32.5%) δήλωσε συχνή κατανάλωση. Εν συνεχεία, ακολουθεί το 15.5% το οποίο δήλωσε πως «πάντα» καταναλώνει κάτι και το 9% που δήλωσε «πολύ συχνά» αντίστοιχα. Η μειοψηφία του δείγματος (3.5%), ανέφερε ότι «ποτέ» δεν καταναλώνει κάτι στον επαγγελματικό χώρο.

πίνακας 17

<i>Τρόφιμα κατανάλωσης στην εργασία</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
Μαγειρεμένο φαγητό	6	3.0
Σαλάτα	3	1.5
Τοστ-Σάντουιτς	78	39.0
Τυρόπιτα ή άλλα παρεμφερή	52	26.0
Πατατάκια ή άλλα παρεμφερή	4	2.0
Γαλακτοκομικά	7	3.5
Γλυκό	23	11.5
Φυσικός χυμός-Φρούτα	50	25.0
Αναψυκτικό	6	3.0
Καφές	150	75.0
Άλλο	17	8.5

Όπως καταγράφεται στον πίνακα, η συντριπτική πλειοψηφία των εργαζομένων, το 75%, προτιμά να καταναλώνει «καφέ» στο χώρο εργασίας του, το 39% προτιμά να καταναλώνει «τοστ-σάντουιτς», το 26% «τυρόπιτα ή άλλα παρεμφερή» και το 25% «φυσικό χυμό-φρούτα». Έπονται μικρότερα ποσοστά, όπως το 11.5% που καταναλώνει «γλυκό» στην εργασία του, το 8.5% που καταναλώνει κάτι «άλλο», με δημοφιλέστερη επιλογή το κουλούρι, το 3.5% «γαλακτοκομικά», το 3% «μαγειρεμένο φαγητό», το 3% «αναψυκτικό», το 2% «πατατάκια ή άλλα παρεμφερή» και τέλος, το 1.5% που καταναλώνει «σαλάτα».

πίνακας 18

	<i>Προέλευση τροφίμων κατανάλωσης στην εργασία</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
	Σπίτι	49	25.4
	Κυλικείο-Λέσχη ΤΕΙ	144	74.6
	Σύνολο	193	100.0
	Ελλείπουσες τιμές	7	3.5
Σύνολο		200	

Από το σύνολο των ατόμων που καταναλώνουν κάτι στο χώρο εργασίας τους (193 άτομα), η πλειοψηφία (74.6%) δήλωσε πως τα τρόφιμα που καταναλώνει τα προμηθεύεται κυρίως από το «κυλικείο-λέσχη του ΤΕΙ». Ενώ ένα ποσοστό του 25.4% του δείγματος, δήλωσε ότι τα τρόφιμα που καταναλώνει προέρχονται από το «σπίτι» του. Παρατηρείται ότι 7 άτομα δεν απάντησαν, γιατί δεν καταναλώνουν ποτέ κάτι στο χώρο εργασίας τους, όπως επισημαίνεται και στον πίνακα 16.

πίνακας 19

<i>Παράγοντας που επηρεάζει την επιλογή στα τρόφιμα γενικότερα</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
Κατάσταση υγείας	66	33.0
Θρεπτική αξία τροφίμων	64	32.0
Εισόδημα	5	2.5
Ωράριο εργασίας	37	18.5
Κοινωνικός περίγυρος	11	5.5
M.M.E.	1	0.5
Άλλο	16	8.0
Σύνολο	200	100.0

Όπως διαπιστώνεται, η «κατάσταση υγείας» δείχνει να είναι ο κυριότερος παράγοντας που καθορίζει την επιλογή των τροφίμων που καταναλώνουν οι εργαζόμενοι γενικότερα (33%). Με μικρή διαφορά ακολουθεί η «θρεπτική αξία τροφίμων» (32%), ενώ έπονται το «ωράριο εργασίας» (18.5%), η επιλογή «άλλο» (8%), ο «κοινωνικός περίγυρος» (5.5%), το «εισόδημα» (2.5%) και τα «M.M.E.» (0.5%).

Γ. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

Η τρίτη ενότητα, αφορά στη σωματική δραστηριότητα. Τα αποτελέσματα έχουν ως εξής:

πίνακας 20

<i>Συχνότητα άσκησης</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
Καθημερινά	20	10.0
3-4 Φορές την εβδομάδα	28	14.0
1-2 Φορές την εβδομάδα	78	39.0
Ποτέ	74	37.0
Σύνολο	200	100.0

Το 10% των εργαζομένων ασκείται «καθημερινά», το 14% ασκείται «3-4 φορές την εβδομάδα», το 39% ασκείται «1-2 φορές την εβδομάδα», ενώ ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό, το 37%, δεν ασκείται «ποτέ».

πίνακας 21

<i>Είδος δραστηριότητας</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
Ελαφριές φυσικές δραστηριότητες	54	27.0
Μέτριες φυσικές δραστηριότητες	44	22.0
Έντονες φυσικές δραστηριότητες	28	14.0
Τίποτα από τα παραπάνω	74	37.0
Σύνολο	200	100.0

Από το σύνολο των εργαζομένων που αθλούνται (126 άτομα), το 27% ασχολείται πιο συχνά με «ελαφριές φυσικές δραστηριότητες», το 22% με «μέτριες φυσικές δραστηριότητες» και το 14% με «έντονες φυσικές δραστηριότητες». Το 37% που δεν ασκείται, δήλωσε ότι δεν ασχολείται με «τίποτα από τα παραπάνω».

πίνακας 22

<i>Παράγοντας που εμποδίζει την ενασχόληση με την άσκηση</i>		<i>N</i>	<i>(%)</i>
	Οικονομική επιβάρυνση	3	4.1
	Οικογενειακές υποχρεώσεις	19	25.7
	Επαγγελματικές υποχρεώσεις	13	17.5
	Όλα τα παραπάνω	27	36.5
	Άλλο	12	16.2
	Σύνολο	74	100.0
	Ασκούμενοι	126	63.0
Σύνολο		200	

Από αυτούς που δεν ασκούνται (74 άτομα), το 25.7% αναφέρει ως κύριο εμπόδιο τις «οικογενειακές υποχρεώσεις», το 17.5% τις «επαγγελματικές υποχρεώσεις» και το 4.1% την «οικονομική επιβάρυνση». Το 36.5% δηλώνει πως «όλα τα παραπάνω» (οικονομική επιβάρυνση, οικογενειακές υποχρεώσεις, επαγγελματικές υποχρεώσεις) αποτελούν εμπόδιο στην ενασχόληση με την άσκηση, ενώ το 16.2% επισημαίνει άλλους λόγους διαφορετικούς από αυτούς.

Δ. ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Στην τέταρτη ενότητα, εξετάζουμε την καπνιστική συνήθεια των εργαζομένων, το βαθμό τήρησης των μέτρων απαγόρευσης στο χώρο εργασίας, αλλά και το βαθμό ενόχλησής τους από το γεγονός ότι λόγω των μέτρων δεν μπορούν να καπνίσουν στην εργασία και τέλος το παθητικό κάπνισμα.

πίνακας 23

<i>Καπνιστική συνήθεια</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
Ναι	60	30.0
Όχι	140	70.0
Σύνολο	200	100.0

Όπως φαίνεται, η πλειοψηφία του δείγματος (70%) ανέφερε πως δεν καπνίζει, έναντι του 30% που καπνίζει.

πίνακας 24

	<i>Μέση τιμή</i>	<i>Ελάχιστη τιμή</i>	<i>Μέγιστη τιμή</i>
Αριθμός τσιγάρων	22.5	3	75
Έτη καπνίσματος	24.4	2	45

Παρατηρείται ότι, οι εργαζόμενοι καπνίζουν κατά μέσο όρο 22.5 τσιγάρα ημερησίως. Μάλιστα, από τον πίνακα συμπεραίνεται ότι, ο μικρότερος αριθμός τσιγάρων που καπνίζουν είναι 3, ενώ ο μεγαλύτερος 75 τσιγάρα ημερησίως.

Επιπρόσθετα, ο μέσος όρος των χρόνων που καπνίζουν οι εργαζόμενοι είναι 24.4 έτη. Ακόμα, στον πίνακα φαίνεται ότι τα λιγότερα χρόνια που δήλωσαν ότι καπνίζουν είναι 2, ενώ τα περισσότερα είναι 45.

πίνακας 25

<i>Βαθμός τήρησης της απαγόρευσης του καπνίσματος στην εργασία</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
Απόλυτα	12	20.0
Αρκετά	19	31.7
Μέτρια	13	21.6
Λίγο	9	15.0
Καθόλου	7	11.7
Σύνολο	60	100.0

Στη συνέχεια, ζητήθηκε από τους καπνιστές (60 άτομα) να απαντήσουν αναφορικά με το βαθμό τήρησης του νόμου για την απαγόρευση του καπνίσματος στο χώρο εργασίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 20% τηρεί τα μέτρα «απόλυτα», το 31.7% «αρκετά», το 21.6% «μέτρια», το 15% «λίγο» και το 11.7% «καθόλου».

πίνακας 26

<i>Βαθμός ενόχλησης από το ότι δεν μπορούν να καπνίσουν στην εργασία</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
Πάρα πολύ	14	23.4
Πολύ	15	25.0
Μέτρια	8	13.3
Λίγο	12	20.0
Καθόλου	11	18.3
Σύνολο	60	100.0

Ακόμα, το 23.4% των καπνιστών ανέφερε ότι ενοχλείται «πάρα πολύ» από το γεγονός ότι δεν μπορεί να καπνίσει στο χώρο εργασίας του, ενώ ένα ποσοστό της τάξεως του 25% ανέφερε ότι

ενοχλείται «πολύ». Το 13.3% ανέφερε ότι ενοχλείται «μέτρια», το 20% «λίγο» και το 18.3% δεν ενοχλείται «καθόλου».

πίνακας 27

<i>Παθητικό κάπνισμα στην εργασία (Μη Καπνίζοντες)</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
Ναι	37	26.4
Όχι	103	73.6
Σύνολο	140	100.0

Όσον αφορά στο παθητικό κάπνισμα στην εργασία, από το σύνολο των μη καπνιστών (140 άτομα), το 26.4% απάντησε ότι υποβάλλεται σε παθητικό κάπνισμα στο περιβάλλον εργασίας του, έναντι της πλειοψηφίας, του 73.6%, που απάντησε ότι δεν υποβάλλεται.

πίνακας 28

<i>Παθητικό κάπνισμα εκτός εργασίας (Μη Καπνίζοντες)</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
Ναι	71	50.7
Όχι	69	49.3
Σύνολο	140	100.0

Επίσης, το 50.7% των μη καπνιστών απάντησε ότι υποβάλλεται σε παθητικό κάπνισμα και εκτός εργασίας, έναντι του 49.3% που απάντησε ότι δεν υποβάλλεται.

E. ΑΛΚΟΟΛ

Στην πέμπτη ενότητα μελετάται η συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ εβδομαδιαίως, η περιεκτικότητα σε οινόπνευμα και τα ποτήρια που καταναλώνουν οι εργαζόμενοι μέσα στην εβδομάδα.

πίνακας 29

<i>Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ/εβδομάδα</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
Ποτέ	40	20.0
1 Φορά την εβδομάδα	89	44.5
2-3 Φορές την εβδομάδα	42	21.0
3-4 Φορές την εβδομάδα	17	8.5
Καθημερινά	12	6.0
Σύνολο	200	100.0

Λιγότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες, το 44.5%, καταναλώνουν αλκοόλ «1 φορά την εβδομάδα», το 21% καταναλώνει «2-3 φορές», το 8.5% καταναλώνει «3-4 φορές» και το 6% «καθημερινά». Αντιθέτως, το 20% των ερωτηθέντων δεν καταναλώνει «ποτέ» αλκοόλ μέσα στην εβδομάδα.

πίνακας 30

<i>Ποτήρια κατανάλωσης αλκοόλ/εβδομάδα</i>	<i>Μέση τιμή</i>	<i>Ελάχιστη τιμή</i>	<i>Μέγιστη τιμή</i>
Χαμηλής περιεκτικότητας	3.5	0.5	40
Υψηλής περιεκτικότητας	2.5	0.5	10

Ο μέσος όρος ως προς τα ποτήρια οινοπνευματωδών ποτών χαμηλής περιεκτικότητας, είναι περίπου 3.5 εβδομαδιαίως. Ταυτόχρονα, φαίνεται ότι τα λιγότερα ποτήρια οινοπνευματωδών ποτών χαμηλής περιεκτικότητας που καταναλώνουν οι εργαζόμενοι εβδομαδιαίως είναι 0.5, ενώ τα περισσότερα 40. Επίσης, ο μέσος όρος ως προς τα ποτήρια οινοπνευματωδών ποτών υψηλής περιεκτικότητας, είναι περίπου 2.5 εβδομαδιαίως. Παράλληλα, φαίνεται ότι τα λιγότερα ποτήρια οινοπνευματωδών ποτών υψηλής περιεκτικότητας που καταναλώνουν οι εργαζόμενοι εβδομαδιαίως είναι 0.5, ενώ τα περισσότερα 10.

8.2. Συνδυαστική Στατιστική

- Συσχετίσεις συμπεριφορές υγείας * ιδιότητα

πίνακας 1

<i>Συχνότητα κατανάλωσης έτοιμου ή προπαρασκευασμένου φαγητού</i>	Μόνιμος Εκπαιδευτικός		Διοικητικός	
	<i>N</i>	<i>(%)</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
Καθόλου	25	24.6	33	33.4
1-2 φορές το μήνα	41	40.6	50	50.5
1-2 φορές την εβδομάδα	23	23.8	15	14.1
2-3 φορές την εβδομάδα	4	4.0	0	0.0
3-4 φορές την εβδομάδα	5	5.0	1	1.0
Σχεδόν καθημερινά	2	2.0	1	1.0

p-value = 0.041

Απαντώντας στο 2^ο ερευνητικό ερώτημα σχετικά με τις συμπεριφορές υγείας των εργαζομένων ανάλογα με την ιδιότητα, έχουμε τα εξής αποτελέσματα. Αναφορικά με την κατανάλωση έτοιμου ή προπαρασκευασμένου φαγητού, το 40.6% των μόνιμων εκπαιδευτικών και το 50.5% των διοικητικών δήλωσαν κατανάλωση με συχνότητα «1-2 φορές το μήνα». Ωστόσο, το 24.6% των μόνιμων εκπαιδευτικών και το 33.4% των διοικητικών ανέφεραν ότι δεν καταναλώνουν «καθόλου» έτοιμο ή προπαρασκευασμένο φαγητό. Όπως διαπιστώνεται, το p-value είναι μικρότερο του 5% (**p-value=0.041**), οπότε υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μόνιμων εκπαιδευτικών και των διοικητικών.

πίνακας 2

<i>Παράγοντας που επηρεάζει την επιλογή στα τρόφιμα γενικότερα</i>	Μόνιμος Εκπαιδευτικός		Διοικητικός	
	<i>N</i>	<i>(%)</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
Κατάσταση υγείας	34	33.7	32	32.3
Θρεπτική αξία τροφίμων	22	22.8	42	41.4
Εισόδημα	4	4.0	1	1.0
Ωράριο εργασίας	24	23.8	13	13.1
Κοινωνικός περίγυρος	8	7.9	3	3.0
M.M.E.	1	1.0	0	0.0
Άλλο	7	6.8	9	9.2

p-value = 0.033

Παρατηρώντας τον πίνακα 2, σχετικά με τον παράγοντα που επηρεάζει την επιλογή ως προς τα τρόφιμα κατανάλωσης γενικότερα, φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των μόνιμων εκπαιδευτικών (33.7%) δήλωσε την «κατάσταση υγείας», σε αντίθεση με το μεγαλύτερο ποσοστό των διοικητικών (41.4%) που δήλωσε τη «θρεπτική αξία τροφίμων». Όπως διαπιστώνεται, το p-value είναι μικρότερο του 5% (**p-value=0.033**), οπότε υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μόνιμων εκπαιδευτικών και των διοικητικών.

πίνακας 3

<i>Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ/εβδομάδα</i>	Μόνιμος Εκπαιδευτικός		Διοικητικός	
	<i>N</i>	<i>(%)</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
Ποτέ	10	9.9	30	30.3
1 φορά την εβδομάδα	49	49.5	40	39.4
2-3 φορές την εβδομάδα	24	23.8	18	18.1
3-4 φορές την εβδομάδα	10	9.9	7	7.1
Καθημερινά	7	6.9	5	5.1

p-value = 0.011

Στον πίνακα 3, στον οποίο παρουσιάζονται στοιχεία για την εβδομαδιαία κατανάλωση αλκοόλ των ερωτηθέντων, διαπιστώνεται πως το μεγαλύτερο ποσοστό των μόνιμων εκπαιδευτικών (49.5%) και το μεγαλύτερο ποσοστό των διοικητικών (39.4%) καταναλώνουν αλκοόλ «1 φορά την εβδομάδα». Ωστόσο, μόλις το 9.9% των μόνιμων εκπαιδευτικών και το 30.3% των διοικητικών δεν καταναλώνουν «ποτέ» αλκοόλ. Όπως φαίνεται, το p-value είναι μικρότερο του 5% (**p-value=0.011**), οπότε υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μόνιμων εκπαιδευτικών και των διοικητικών.

πίνακας 4

<i>Ποτήρια κατανάλωσης αλκοόλ/εβδομάδα</i>	<i>Ιδιότητα</i>	<i>Μέση τιμή</i>	<i>P-value</i>
Χαμηλής περιεκτικότητας	Μόνιμος Εκπαιδευτικός	3.7	0.016
	Διοικητικός	3.3	

Ο μέσος όρος ως προς τα ποτήρια οινοπνευματωδών ποτών χαμηλής περιεκτικότητας των μόνιμων εκπαιδευτικών είναι 3.7 εβδομαδιαίως, ενώ των διοικητικών 3.3 ποτήρια αντίστοιχα. Όπως φαίνεται, το p-value είναι μικρότερο του 5% (**p-value=0.016**), συνεπώς υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μόνιμων εκπαιδευτικών και των διοικητικών.

Επίσης, συσχετίσαμε την πρόσληψη πρωινού (p-value=0.487, βλ. παράρτημα πιν.1), την εβδομαδιαία κατανάλωση ως προς τα τρόφιμα δημητριακά-ψωμί (p-value=0.171, βλ. παράρτημα πιν.2), λαχανικά (p-value=0.476, βλ. παράρτημα πιν.3), φρούτα (p-value=0.475, βλ. παράρτημα πιν.4), όσπρια (p-value=0.451, βλ. παράρτημα πιν.5), γαλακτοκομικά (p-value=0.145, βλ. παράρτημα πιν.6), άσπρο κρέας (p-value=0.517, βλ. παράρτημα πιν.7), κόκκινο κρέας (p-value=0.433, βλ. παράρτημα πιν.8), τη συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων στην εργασία

(p-value=0.056, βλ. παράρτημα πιν.9), τη συχνότητα άσκησης (p-value=0.271, βλ. παράρτημα πιν.10), το είδος δραστηριότητας (p-value=0.287, βλ. παράρτημα πιν.11), τον παράγοντα που εμποδίζει την ενασχόληση με την άσκηση (p-value=0.076, βλ. παράρτημα πιν.12), την καπνιστική συνήθεια (p-value=0.926, βλ. παράρτημα πιν.13), το βαθμό τήρησης της απαγόρευσης του καπνίσματος στην εργασία (p-value=0.092, βλ. παράρτημα πιν.14), το βαθμό ενόχλησης από το ότι δεν μπορούν να καπνίσουν στην εργασία (p-value=0.918, βλ. παράρτημα πιν.15), το παθητικό κάπνισμα στην εργασία (p-value=0.636, βλ. παράρτημα πιν.16), τα ποτήρια κατανάλωσης αλκοόλ/εβδομάδα υψηλής περιεκτικότητας (p-value=0.052, βλ. παράρτημα πιν.17) και τον Δείκτη Μάζας Σώματος (p-value=0.847, βλ. παράρτημα πιν.18) των ερωτηθέντων μας και δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μόνιμων εκπαιδευτικών και των διοικητικών σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=5\%$.

- **Συσχετίσεις συμπεριφορές υγείας * φύλο**

πίνακας 5

<i>Συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων/εβδομάδα</i>		Άνδρας		Γυναίκα	
Γαλακτοκομικά		<i>N</i>	<i>(%)</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
	0-1 φορά την εβδομάδα	18	15.6	4	4.8
	2-3 φορές την εβδομάδα	31	26.7	14	16.7
	4-5 φορές την εβδομάδα	28	24.1	18	21.4
	Κάθε μέρα	39	33.6	48	57.1

p-value = 0.003

Απαντώντας στο 3^ο ερευνητικό ερώτημα σχετικά με τις συμπεριφορές υγείας των εργαζομένων ανάλογα με το φύλο, έχουμε τα εξής αποτελέσματα. Αναφορικά με τα γαλακτοκομικά, όπως παρουσιάζεται, καταναλώνονται καθημερινά σε ποσοστό 33.6% από τους άνδρες και σε ποσοστό 57.1% από τις γυναίκες. Φαίνεται, λοιπόν, ότι το p-value είναι μικρότερο του 5% (**p-value=0.003**), άρα έχουμε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ανδρών και των γυναικών.

πίνακας 6

<i>Συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων στην εργασία</i>		Άνδρας		Γυναίκα	
		<i>N</i>	<i>(%)</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
	Ποτέ	7	6.0	0	0.0
	Σπάνια	54	46.6	25	29.8
	Συχνά	32	27.6	33	39.3
	Πολύ συχνά	10	8.6	8	9.5
	Πάντοτε	13	11.2	18	21.4

p-value = 0.008

Σύμφωνα με τον πίνακα 6, ο οποίος αφορά στη συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων στην εργασία, παρατηρούμε πως το 46.6% των ανδρών καταναλώνει «σπάνια» κάτι στο χώρο εργασίας του σε σχέση με το 29.8% των γυναικών. Επίσης, το 39.3% των γυναικών καταναλώνει «συχνά»

κάτι στον εργασιακό χώρο σε σχέση με το 27.6% των ανδρών. Όπως διαπιστώνεται, το p-value είναι μικρότερο του 5% (**p-value=0.008**), οπότε υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ανδρών και των γυναικών.

πίνακας 7

<i>Συχνότητα άσκησης</i>	Άνδρας		Γυναίκα	
	<i>N</i>	<i>(%)</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
Καθημερινά	15	12.9	5	6.0
3-4 φορές την εβδομάδα	18	15.6	10	11.8
1-2 φορές την εβδομάδα	52	44.8	26	31.0
Ποτέ	31	26.7	43	51.2

p-value = 0.004

Στον πίνακα 7, στον οποίο παρουσιάζονται στοιχεία για τη συχνότητα άσκησης, παρατηρείται πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών (44.8%) ασκείται «1-2 φορές την εβδομάδα», ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών (51.2%) δεν ασκείται «ποτέ». Έτσι, γίνεται φανερό ότι, το p-value είναι μικρότερο του 5% (**p-value=0.004**), συνεπώς έχουμε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ανδρών και των γυναικών.

πίνακας 8

<i>Είδος δραστηριότητας</i>	Άνδρας		Γυναίκα	
	<i>N</i>	<i>(%)</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
Ελαφριές φυσικές δραστηριότητες	34	29.3	20	23.8
Μέτριες φυσικές δραστηριότητες	32	27.6	12	14.3
Έντονες φυσικές δραστηριότητες	19	16.4	9	10.7
Τίποτα από τα παραπάνω	31	26.7	43	51.2

p-value = 0.004

Όπως φαίνεται παραπάνω, αναφορικά με το είδος δραστηριότητας, το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών (29.3%) ασχολείται με «ελαφριές φυσικές δραστηριότητες», ενώ η πλειοψηφία των γυναικών (51.2%) δεν ασχολείται με «τίποτα από τα παραπάνω». Επομένως, αφού το p-value είναι μικρότερο του 5% (**p-value=0.004**), υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ανδρών και των γυναικών.

πίνακας 9

<i>Παράγοντας που εμποδίζει την ενασχόληση με την άσκηση</i>	Άνδρας		Γυναίκα	
	<i>N</i>	<i>(%)</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
Οικονομική επιβάρυνση	0	0.0	3	7.1
Οικογενειακές υποχρεώσεις	3	9.4	16	38.1
Επαγγελματικές υποχρεώσεις	8	25.0	5	11.9
Όλα τα παραπάνω	16	50.0	12	28.6
Άλλο	5	15.6	6	14.3

p-value = 0.016

Στον παραπάνω πίνακα σχετικά με τον παράγοντα που εμποδίζει την ενασχόληση με την άσκηση, προκύπτει ότι οι μισοί από τους άνδρες του δείγματος (50%) αναφέρουν ότι «όλα τα

παραπάνω» τους εμποδίζουν στο να ασκηθούν (δηλαδή η οικονομική επιβάρυνση, οι οικογενειακές υποχρεώσεις και οι επαγγελματικές υποχρεώσεις). Όσο για τις γυναίκες, παρατηρείται ότι σε ποσοστό 38.1% αναφέρουν ως εμπόδιο για άσκηση τις «οικογενειακές υποχρεώσεις». Άρα, εφόσον το p-value είναι μικρότερο του 5% (**p-value=0.016**), υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ανδρών και των γυναικών.

πίνακας 10

Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ/εβδομάδα	Ανδρας		Γυναίκα	
	N	(%)	N	(%)
Ποτέ	8	6.9	32	38.1
1 φορά την εβδομάδα	55	47.4	34	40.5
2-3 φορές την εβδομάδα	29	25.0	13	15.5
3-4 φορές την εβδομάδα	14	12.1	3	3.5
Καθημερινά	10	8.6	2	2.4

p-value = 0.000

Αναφορικά με τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ εβδομαδιαίως, το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών (47.4%) και το μεγαλύτερο των γυναικών (40.5%) δηλώνουν κατανάλωση «1 φορά την εβδομάδα». Ωστόσο, μόλις το 6.9% των ανδρών και το 38.1% των γυναικών, αναφέρουν ότι δεν καταναλώνουν «ποτέ» αλκοόλ εβδομαδιαίως. Συνεπάγεται, λοιπόν, ότι εφόσον το p-value είναι μικρότερο του 5% (**p-value=0.000**), έχουμε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ανδρών και των γυναικών.

πίνακας 11

Δείκτης Μάζας Σώματος	Ανδρας		Γυναίκα	
	N	(%)	N	(%)
Φυσιολογικού βάρους	28	24.1	42	50.0
Υπέρβαρος	61	52.6	32	38.1
Παχύσαρκος	27	23.3	10	11.9

p-value = 0.001

Στον πίνακα 11, στον οποίο συσχετίζεται ο Δείκτης Μάζας Σώματος με το Φύλο, παρατηρείται ότι η πλειοψηφία των ανδρών, το 52.6%, είναι «υπέρβαροι», το 24.1% είναι «φυσιολογικού βάρους» και το 23.3% «παχύσαρκοι». Όσο για τις γυναίκες, το ήμισυ του πληθυσμού τους, το 50%, είναι «φυσιολογικού βάρους», το 38.1% είναι «υπέρβαρες» και το 11.9% «παχύσαρκες». Όπως διαπιστώνεται, το p-value είναι μικρότερο του 5% (**p-value=0.001**), άρα υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ανδρών και των γυναικών.

Τέλος, συσχετίσαμε την πρόσληψη πρωτεΐνης (p-value=0.225, βλ. παράρτημα πιν.19), την εβδομαδιαία κατανάλωση ως προς τα τρόφιμα δημητριακά-ψωμί (p-value=0.921, βλ. παράρτημα πιν.20), λαχανικά (p-value=0.262, βλ. παράρτημα πιν.21), φρούτα (p-value=0.978, βλ. παράρτημα πιν.22), όσπρια (p-value=0.252, βλ. παράρτημα πιν.23), άσπρο κρέας (p-value=0.329, βλ. παράρτημα πιν.24), κόκκινο κρέας (p-value=0.380, βλ. παράρτημα πιν.25), τη συχνότητα

κατανάλωσης έτοιμου ή προπαρασκευασμένου φαγητού (p-value=0.210, βλ. παράρτημα πιν.26), τον παράγοντα που επηρεάζει την επιλογή στα τρόφιμα γενικότερα (p-value=0.269, βλ. παράρτημα πιν.27), την καπνιστική συνήθεια (p-value=0.756, βλ. παράρτημα πιν.28), το βαθμό τήρησης της απαγόρευσης του καπνίσματος στην εργασία (p-value=0.056, βλ. παράρτημα πιν.29), το βαθμό ενόχλησης από το ότι δεν μπορούν να καπνίσουν στην εργασία (p-value=0.601, βλ. παράρτημα πιν.30), το παθητικό κάπνισμα στην εργασία (p-value=0.060, βλ. παράρτημα πιν.31) και τα ποτήρια κατανάλωσης αλκοόλ/εβδομάδα χαμηλής περιεκτικότητας (p-value=0.429, βλ. παράρτημα πιν.32) και υψηλής περιεκτικότητας (p-value=0.779, βλ. παράρτημα πιν.32) των ερωτηθέντων μας και δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ανδρών και των γυναικών σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=5\%$.

- **Συσχετίσεις συμπεριφορές υγείας * Δείκτης Μάζας Σώματος**

πίνακας 12

<i>Δείκτης Μάζας Σώματος (Βάρος/Υψος²)</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
Φυσιολογικού βάρους	70	35.0
Υπέρβαρος	93	46.5
Παχύσαρκος	37	18.5
Σύνολο	200	100.0

Η κατηγοριοποίηση του σωματικού βάρους των εργαζομένων έχει ως εξής. Το 35% των ατόμων έχουν «φυσιολογικό βάρος», το 46.5% είναι «υπέρβαροι» και τέλος το 18.5% είναι «παχύσαρκοι». Στο σημείο αυτό, είναι αναγκαίο να αναφερθεί ότι, οι κατηγορίες «ήπια παχύσαρκος», «μέτρια παχύσαρκος» και «σοβαρά παχύσαρκος» (οι οποίες καταγράφονται και στον πίνακα 9 της περιγραφικής στατιστικής), ενσωματώθηκαν σε μία γενική κατηγορία «παχύσαρκος», λόγω του μειωμένου αριθμού των ατόμων που αντιστοιχούσαν στην καθεμία.

Απαντώντας στο **4^ο ερευνητικό ερώτημα** σχετικά με τις συμπεριφορές υγείας των εργαζομένων ανάλογα με τον Δείκτη Μάζας Σώματος, έχουμε τα ακόλουθα αποτελέσματα. Συσχετίζοντας την πρόσληψη πρωινού (p-value=0.767, βλ. παράρτημα πιν.33), την εβδομαδιαία κατανάλωση ως προς τα τρόφιμα δημητριακά-ψωμί (p-value=0.355, βλ. παράρτημα πιν.34), λαχανικά (p-value=0.804, βλ. παράρτημα πιν.35), φρούτα (p-value=0.082, βλ. παράρτημα πιν.36), όσπρια (p-value=0.954, βλ. παράρτημα πιν.37), γαλακτοκομικά (p-value=0.518, βλ. παράρτημα πιν.38), άσπρο κρέας (p-value=0.714, βλ. παράρτημα πιν.39), κόκκινο κρέας (p-value=0.702, βλ. παράρτημα πιν.40), τη συχνότητα άσκησης (p-value=0.865, βλ. παράρτημα πιν.41), το είδος δραστηριότητας (p-value=0.381, βλ. παράρτημα πιν.42), την καπνιστική συνήθεια (p-value=0.668, βλ. παράρτημα πιν.43) και τα ποτήρια κατανάλωσης αλκοόλ/εβδομάδα χαμηλής περιεκτικότητας (p-value=0.293, βλ. παράρτημα πιν.44) και υψηλής περιεκτικότητας (p-value=0.391, βλ. παράρτημα πιν.44) των ερωτηθέντων μας, δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ

των ατόμων με φυσιολογικό βάρος, των υπέρβαρων και των παχύσαρκων σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=5\%$.

8.3. Συζήτηση – Συμπεράσματα

Σκοπός αυτής της πτυχιακής εργασίας, ήταν να μελετήσουμε και να καταγράψουμε τις συμπεριφορές υγείας που έχουν οι εργαζόμενοι, συγκεκριμένα οι μόνιμοι εκπαιδευτικοί και οι διοικητικοί, του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου Κρήτης και πιο αναλυτικά τις συμπεριφορές τους σχετικά με τη διατροφή, τη σωματική δραστηριότητα, το κάπνισμα και το αλκοόλ.

Η έρευνά μας πραγματοποιήθηκε σε 200 εργαζόμενους, στο χώρο του Εκπαιδευτικού Ιδρύματος και συγκεκριμένα στο χώρο εργασίας τους.

Αρχικά, κρίνεται απαραίτητο να αναφερθεί, ότι η ανάλυση των συμπερασμάτων μας, τα οποία περιγράφουν το προφίλ των εργαζομένων του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου και δίνουν τα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς υγείας τους, βασίζεται στο τι σημαίνει «σωστή συμπεριφορά», αναφορικά με τη διατροφή, τη σωματική δραστηριότητα, το κάπνισμα και το αλκοόλ. Πιο αναλυτικά, οι εργαζόμενοι θα χαρακτηριστούν με «σωστή συμπεριφορά» αν ακολουθούν τα παρακάτω:

- **Όσον αφορά στη Διατροφή**, να τρέφονται με βάση τους κανόνες της υγιεινής διατροφής και της Μεσογειακής Δίαιτας
- **Όσον αφορά στη Σωματική Δραστηριότητα**, να ασκούνται σύμφωνα με τις συστάσεις, οι οποίες κάνουν λόγο για μέτριας έντασης άσκηση (π.χ. γρήγορο περπάτημα) τις περισσότερες ή όλες τις ημέρες της εβδομάδας για 30 λεπτά τη φορά
- **Όσον αφορά στο Κάπνισμα**, να μην καπνίζουν
- **Όσον αφορά στο Αλκοόλ**, να ακολουθούν τις συστάσεις της Μεσογειακής Δίαιτας, η οποία προτείνει 1-2 ποτήρια κόκκινου κρασιού ημερησίως μαζί με το γεύμα και του Π.Ο.Υ., ο οποίος προτείνει ημερήσια κατανάλωση περίπου 1 ποτηριού αλκοόλ για τις γυναίκες και περίπου 2 για τους άνδρες.

Περιγράφοντας το προφίλ των εργαζομένων του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου, θα μπορούσαν να αναφερθούν τα ακόλουθα. Σχετικά με τα **κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά** τους, από τους 200 συμμετέχοντες, οι 100 ήταν μόνιμοι εκπαιδευτικοί και οι υπόλοιποι 100 διοικητικοί. Από το σύνολο των μόνιμων εκπαιδευτικών, το 36.4% ήταν Καθηγητές Εφαρμογών, το 27.3% Καθηγητές, το 22.2% Επίκουροι Καθηγητές και το 14.1% Αναπληρωτές Καθηγητές. Ακόμη, το 58% ήταν άνδρες και το 42% γυναίκες, με ηλικία να κυμαίνεται από 31 έως 66 ετών και με μέση ηλικία τα 49.9 έτη, έγγαμοι στην πλειοψηφία τους, με περίπου τους μισούς να έχουν 2 παιδιά. Αναφορικά με το επίπεδο σπουδών, το 28.5% ήταν κάτοχοι διδακτορικού, το 20% απόφοιτοι Λυκείου, το 20% απόφοιτοι Τ.Ε.Ι. και το 17% κάτοχοι μεταπτυχιακού. Σχετικά με τον Δείκτη Μάζας Σώματος, το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων (46.5%) κατατασσόταν στην

κατηγορία των «υπέρβαρων» ατόμων ($\Delta\text{M}\Sigma=25\text{-}29.9\text{ kg/m}^2$) και σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση του σωματικού βάρους της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας-νοσηρότητας, παρουσιάζει αυξημένο κίνδυνο πρόκλησης κλινικών προβλημάτων (βλ.κεφ.7.4.).

Σχετικά με τις **διατροφικές συνήθειες** των εργαζομένων, προκύπτει ότι **η συντριπτική πλειοψηφία τους (78%) καταναλώνει τουλάχιστον 3 γεύματα την ημέρα (≤ 3)**. Ωστόσο, σύμφωνα με τη θεωρία, η «υγιεινή διατροφή» προτείνει συχνή λήψη γευμάτων (5-6 ημερησίως), αφού αυτό εξασφαλίζει σταθερότερα επίπεδα ινσουλίνης, βοηθά στο μεταβολισμό, προλαμβάνει την παράλειψη γευμάτων και την επακόλουθη υπερφαγία και βελτιώνει τη χοληστερόλη (βλ.κεφ.2.1.). Η συμπεριφορά αυτή των εργαζομένων, ενδεχομένως να οφείλεται στο ότι αμελούν να καταναλώσουν τα γεύματα με το σωστό τρόπο και σε σταθερές ώρες, είτε λόγω των υποχρεώσεών τους, είτε λόγω απλής συνήθειας, ή ακόμα και άγνοιας της σημαντικότητάς τους.

Ταυτόχρονα, **το «πρωινό» είναι το γεύμα που παραλείπεται ευκολότερα (38.5%)** σε σχέση με τα υπόλοιπα, ενώ **ακολουθούν τα «ενδιάμεσα γεύματα» (28.5%)**. Ομοιότητες με τα αποτελέσματά μας, όσον αφορά στη σειρά ακολουθίας των γευμάτων, φαίνεται να παρουσιάζει και η έρευνα που πραγματοποίησε η MRB Hellas (2006), καθώς τα γεύματα που καταναλώνουν οι Έλληνες κατά τη διάρκεια της ημέρας, είναι κυρίως το μεσημεριανό (93.1%), το βραδινό (73.4%), ενώ ακολουθεί το πρωινό (62.2%) και έπεται το δεκατιανό (31%). Επιπρόσθετα, όπως φαίνεται και από την έρευνα του ΚΕ.Π.ΚΑ (2006), παρά την αλλαγή του τρόπου ζωής (συνεχές ωράριο, περισσότερες ώρες εργασίας κ.λπ.), οι Έλληνες θεωρούν το μεσημεριανό γεύμα ως βασικό και δεν το παραλείπουν, ενώ παραλείπουν κυρίως το πρωινό, το οποίο καταναλώνεται 3 φορές την εβδομάδα και τα ενδιάμεσα μικρογεύματα, τα οποία καταναλώνονται 1 φορά την εβδομάδα.

Μόνο το 48.5% παίρνει πρωινό, ενώ η πλειοψηφία (73%) προτιμά κατά κύριο λόγο να πίνει «καφέ/τσάι». Αντίθετα, όπως διαπιστώνεται από την έρευνα της MRB Hellas (2006), ολοκληρωμένο πρωινό (κάτι περισσότερο από γάλα ή καφέ) κατανάλωνε το 56%. Ακόμη, σύμφωνα με έρευνα της εταιρείας Ipsos Mori για την Baxter Storey, το 63% των εργαζομένων γραφείου έπαιρνε πρωινό 5 φορές εβδομαδιαίως, ποσοστό μεγαλύτερο σε σύγκριση με το δικό μας. **Τα ευρήματά μας, έδειξαν ακόμη ότι το 29% παίρνει πρωινό «μερικές φορές», ενώ το 22.5% δεν παίρνει ποτέ**. Η προαναφερόμενη έρευνα, έδειξε ότι περισσότερο από το $\frac{1}{3}$ των εργαζομένων, είτε δεν έπαιρνε ποτέ πρωινό, είτε έπαιρνε μερικές φορές εβδομαδιαίως. Αντίστοιχα, όπως προέκυψε από την έρευνα Hellas Health I (2006), περίπου το 52% των ατόμων είχαν πρωινό περισσότερες από τις μισές μέρες της εβδομάδας, ενώ το $\frac{1}{3}$ των ερωτηθέντων δεν κατανάλωνε ποτέ.

Αναφορικά με τη **συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων εβδομαδιαίως** από τους εργαζόμενους, διαπιστώθηκε ότι :

➔ Τα **δημητριακά-ψωμί** καταναλώνονται **καθημερινά** μόνο από το **39%**

- Τα λαχανικά καταναλώνονται **2-3 φορές την εβδομάδα** από το **34%**, ενώ σε **καθημερινή βάση**, που αποτελεί και την ιδανική κατανάλωση σύμφωνα με την Μεσογειακή Πυραμίδα, μόνο από το **31%**
- Τα φρούτα καταναλώνονται **καθημερινά** μόνο από το **43.5%**
- Τα όσπρια καταναλώνονται **0-1 φορά την εβδομάδα** από το μεγαλύτερο ποσοστό (**49%**), ενώ δε δηλώνει **κανείς καθημερινή κατανάλωση**, που αποτελεί και την ιδανική
- Τα γαλακτοκομικά καταναλώνονται **καθημερινά** μόνο από το **43.5%**
- Το άσπρο κρέας καταναλώνεται **2-3 φορές την εβδομάδα** (ιδανική κατανάλωση) μόνο από το **48.5%**, ενώ ένα εξίσου σημαντικό ποσοστό, το **46%**, το καταναλώνει **0-1 φορά εβδομαδιαίως**
- Τα γλυκά καταναλώνονται **0-1 φορά την εβδομάδα** από το **41.5%**, ενώ σημαντικό είναι το ποσοστό που προτιμά να τα καταναλώνει **2-3 φορές (31.5%)**
- Τα αυγά καταναλώνονται **0-1 φορά την εβδομάδα** από τη συντριπτική πλειοψηφία (**72.5%**)
- Το κόκκινο κρέας καταναλώνεται **0-1 φορά την εβδομάδα** από το **45.5%**, ενώ αρκετά μεγάλο είναι και το ποσοστό (**43%**) που το καταναλώνει **2-3 φορές την εβδομάδα**
- Ο φυσικός χυμός καταναλώνεται **0-1 φορά την εβδομάδα** από το **50.5%**, ενώ **καθημερινά** από το **8%**
- Τα αναψυκτικά καταναλώνονται **0-1 φορά την εβδομάδα** από το **73%**.

Στην έρευνα «Διατροφικές στάσεις, αντιλήψεις και συνήθειες των Ελλήνων πολιτών» (2007), σχεδόν οι μισοί πολίτες (53%) καταναλώνουν κόκκινο κρέας σε μεγαλύτερη από τη συνιστώμενη δόση, ενώ σημαντικές αποκλίσεις από τους κανόνες της Μεσογειακής Διατροφής παρουσιάζονται και στα γλυκά (21%). Ακόμα, τα ψάρια, τα όσπρια, τα πουλερικά, τα ζυμαρικά και το ρύζι, καταναλώνονται σε αισθητά μικρότερες από τις συνιστώμενες ποσότητες. Αντίθετα, στη δική μας έρευνα, είναι μικρότερο το ποσοστό (43%) που παρουσιάζει μεγαλύτερη από τη συνιστώμενη κατανάλωση κόκκινου κρέατος και μεγαλύτερο το ποσοστό (31.5%) κατανάλωσης γλυκών, με συχνότητα 2-3 φορές εβδομαδιαίως. Παράλληλα, ταυτίζεται με την προαναφερόμενη έρευνα ως προς τα τρόφιμα που υποκαταναλώνονται. Ωστόσο, τα αποτελέσματά μας έδειξαν μειωμένη κατανάλωση και στα φρούτα, τα γαλακτοκομικά, τα λαχανικά και τον φυσικό χυμό.

Στην έρευνα του Ανδρικόπουλου (2008), το 38.5% των Ελλήνων καταναλώνει κάτω από 4 μερίδες φρούτων την εβδομάδα, ενώ μόνο το 17.9% καταναλώνει τις συνιστώμενες 4-5 μερίδες λαχανικών ημερησίως. Ακόμη, το 24.6% των Ελλήνων δεν καταναλώνει σχεδόν ποτέ την αναγκαία ποσότητα ψαριού, ενώ οι μισοί περίπου Έλληνες (49.6%), υπερκαταναλώνουν κόκκινο κρέας περισσότερες από 1-2 φορές εβδομαδιαίως. Το εύρημα συμφωνεί με το δικό μας ως προς την

χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, ενώ το ποσοστό που δήλωσε κατανάλωση άσπρου κρέατος 0-1 φορά την εβδομάδα, είναι σχεδόν το διπλάσιο (46%). Επίσης, το εύρημα συμπίπτει και στην υπερκατανάλωση κόκκινου κρέατος, καθώς το 43% του δείγματός μας καταναλώνει κόκκινο κρέας 2-3 φορές εβδομαδιαίως.

Σύμφωνα με τη μελέτη «Αττικής», φαίνεται αυξημένη η κατανάλωση κόκκινου κρέατος και γλυκών, ενώ μειωμένη η πρόσληψη πουλερικών, ψαριών και γαλακτοκομικών προϊόντων σε σχέση με τις συνιστώμενες προσλήψεις. Η κατανάλωση οσπρίων, φρούτων, λαχανικών και δημητριακών είναι ικανοποιητική. Ομοίως, στη μελέτη μας, φαίνεται αυξημένη κατανάλωση κόκκινου κρέατος από ένα σημαντικό ποσοστό (43%) και γλυκών από το 31.5%, ενώ μειωμένη κατανάλωση άσπρου κρέατος εμφανίζει το 46% και γαλακτοκομικών το 11%. Ακόμα, σύμφωνα με τα ευρήματά μας, η κατανάλωση οσπρίων, φρούτων, λαχανικών και δημητριακών δεν είναι ικανοποιητική με βάση τη Μεσογειακή Διατροφή.

Στην έρευνα του ΚΕ.Π.ΚΑ. (2006), βρέθηκε ότι οι Έλληνες έχουν απομακρυνθεί από τη μεσογειακή δίαιτα. Χαρακτηριστικά, εξακολουθούν να καταναλώνουν σχεδόν καθημερινά, λαχανικά, ψωμί και φρούτα, αρκετές φορές την εβδομάδα γλυκά και μερικές φορές γαλακτοκομικά. Επίσης, υπερκαταναλώνουν τηγανητές πατάτες και αναψυκτικά, καταναλώνουν λίγες φορές την εβδομάδα κρέας, ενώ λίγες φορές το μήνα ψάρι και όσπρια. Στην έρευνά μας, καθημερινά καταναλώνονται από το μεγαλύτερο ποσοστό, τα δημητριακά-ψωμί, τα φρούτα και τα γαλακτοκομικά και μερικές φορές τα λαχανικά. Επίσης, καταναλώνεται σπάνια ή καθόλου έως αρκετές φορές τη βδομάδα το κόκκινο κρέας, ενώ καταναλώνονται σπάνια έως καθόλου το άσπρο κρέας και τα όσπρια. Σε αντίθεση με την παραπάνω έρευνα, καταναλώνονται σπάνια τα αναψυκτικά και από σπάνια έως καθόλου τα γλυκά σε εβδομαδιαία βάση.

Συμπερασματικά, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι η πλειοψηφία των εργαζομένων δεν ακολουθεί σωστή συμπεριφορά, αφού λιγότεροι από τους μισούς καταναλώνουν τα δημητριακά, τα φρούτα, τα γαλακτοκομικά, το άσπρο κρέας, τα γλυκά, σύμφωνα με τις συνιστώμενες προσλήψεις της Μεσογειακής Πυραμίδας. Όσον αφορά δε στα λαχανικά, τα όσπρια, τον φυσικό χυμό και το κόκκινο κρέας, η πλειοψηφία των εργαζομένων ακολουθεί περισσότερο λανθασμένη συμπεριφορά, καθώς παρουσιάζει μεγάλες αποκλίσεις από τους κανόνες της Μεσογειακής Διατροφής. Τέλος, αναφορικά με τα αυγά και τα αναψυκτικά, η συντριπτική πλειοψηφία ακολουθεί σωστή συμπεριφορά, σύμφωνα με την ιδανική κατανάλωση.

Επιπρόσθετα, **σχεδόν το ½ των εργαζομένων (45.5%) καταναλώνει έτοιμο ή προπαρασκευασμένο φαγητό «1-2 φορές το μήνα»**. Τα ευρήματά μας δεν ταυτίζονται με αυτά άλλων μελετών, στις οποίες παρουσιάζεται συχνότερη κατανάλωση του έτοιμου γεύματος. Πιο συγκεκριμένα, από την έρευνα «Διατροφικές στάσεις, αντιλήψεις και συνήθειες των Ελλήνων πολιτών» (2007), προκύπτει ότι το 72-75% των μισθωτών Ιδιωτικού και Δημόσιου Τομέα, τρώνε εκτός σπιτιού σε ποσοστό πάνω από 65%. Επίσης, μελέτη που διενήργησε η Alco έδειξε ότι οι

Έλληνες εργαζόμενοι τρώνε έτοιμο ή πρόχειρο φαγητό κατά μέσο όρο 4 φορές την εβδομάδα. Ακόμα, στην έρευνα του Ανδρικόπουλου (2008), διαπιστώνεται ότι το 61.7% καταφεύγει σε πρόχειρο φαγητό 2-4 φορές την εβδομάδα, και ότι περίπου 6 στους 10 ενδέχεται να καταναλώσουν πρόχειρο φαγητό ακόμη και 7 φορές εβδομαδιαίως. Αντίθετα, στα δικά μας αποτελέσματα φαίνεται ότι το 2% του πληθυσμού καταναλώνει έτοιμο ή προπαρασκευασμένο φαγητό 2-3 φορές την εβδομάδα και μόλις το 1.5% παρουσιάζει καθημερινή κατανάλωση. Παράλληλα, **ένα σημαντικό ποσοστό, το 19%, φαίνεται να προβαίνει στη συγκεκριμένη ενέργεια «1-2 φορές την εβδομάδα»**. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στον ελληνικό πληθυσμό, φαίνεται ότι δεν συμπίπτει με τα δικά μας ευρήματα, καθώς έδειξε ότι το 23% έχει τις εργάσιμες ημέρες, τουλάχιστον 1 γεύμα την ημέρα εκτός σπιτιού, ενώ τις μη εργάσιμες το ποσοστό διπλασιάζεται. Επιπλέον, όπως έδειξε η έρευνα Hellas Health I (2006), το 43% του δείγματος τρώει τουλάχιστον 1 φορά την εβδομάδα εκτός οικίας, ποσοστό πάνω από το διπλάσιο σε σύγκριση με το δικό μας.

Η σπάνια αυτή κατανάλωση έτοιμου ή προπαρασκευασμένου φαγητού από την πλειοψηφία μας προκαλεί εντύπωση, καθώς δεν έρχεται σε συμφωνία με τις έρευνες της θεωρίας. Ερμηνεύοντας τη συγκεκριμένη συμπεριφορά, θα μπορούσε να αναφερθεί, ότι ενδεχομένως να οφείλεται στο μορφωτικό επίπεδο του συγκεκριμένου πληθυσμού και στην ενημέρωσή του γύρω από τις επιπτώσεις των ανθυγιεινών γευμάτων. Όπως έδειξε και η έρευνα της MRB Hellas (2006), αλλά και η έρευνα «Διατροφικές στάσεις, αντιλήψεις και συνήθειες των Ελλήνων πολιτών» (2007), οι ηλικίες 45-54 και τα άτομα που ανήκουν στην ανώτερη κοινωνική τάξη, έχουν περισσότερη ενημέρωση σχετικά με τη διατροφή. Επίσης, πιθανή αιτία αποτελεί η οικογενειακή κατάσταση του δείγματος, καθώς από έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι οι έγγαμοι και ιδιαίτερα οι έχοντες παιδιά, τείνουν να ακολουθούν σωστότερο τρόπο διατροφής σε σχέση με τους άγαμους. Ακόμα, η ηλικία ενδέχεται να παίζει το ρόλο της, αφού σύμφωνα με μελέτες τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας τείνουν να καταναλώνουν λιγότερο συχνά έτοιμα γεύματα σε σχέση με τους νεότερους, όπως και τα συνακόλουθα προβλήματα υγείας, που ενδεχομένως να αντιμετωπίζουν τα άτομα μέσης ηλικίας.

Αναφορικά με τη σίτιση στην εργασία, **το μεγαλύτερο ποσοστό (39.5%) καταναλώνει «σπάνια» κάτι στο χώρο εργασίας του, ενώ ένα ποσοστό της τάξεως του 32.5% καταναλώνει «συχνά» κάτι**. Ωστόσο, η συντριπτική πλειοψηφία των εργαζομένων, **το 75%, προτιμά να πίνει «καφέ» στον εργασιακό χώρο, τον οποίο κυρίως προμηθεύεται από το «κυλικείο-λέσχη του Τ.Ε.Ι.»** Αντίθετα, στην έρευνα της εταιρείας Ipsos Mori διαπιστώθηκε ότι το 78% των εργαζομένων γραφείου ήταν συχνοί καταναλωτές σνακς, με τους περισσότερους από τους μισούς να καταναλώνουν πατατάκια (20%) και μπισκότα (27%) στον εργασιακό τους χώρο. Στην έρευνα της Καπίρη, βρέθηκε ότι οι εργαζόμενοι έτειναν να καταναλώνουν συχνότερα τοστ/σάντουιτς, είδη αρτοποιείου τύπου τυρόπιτα και αναψυκτικά, κατά την παραμονή τους στο εργασιακό περιβάλλον, λόγω του ελάχιστου ελεύθερου χρόνου τους.

Η συμπεριφορά αυτή του δείγματος πιθανόν να οφείλεται, είτε στο ότι ξεχνούν να γευματίσουν λόγω της εργασίας, είτε στο ότι προτιμούν να το παραλείψουν, ή μπορεί να μην το θεωρούν τόσο σημαντικό, ενώ φαίνεται ότι στην πλειοψηφία τους προτιμούν να πούν καφέ στην εργασία. Ταυτόχρονα, φάνηκε και παραπάνω, ότι οι εργαζόμενοι πίνουν κυρίως καφέ, όσον αφορά στο πρωινό τους, συνήθεια την οποία ακολουθούν οι περισσότεροι Έλληνες. Είναι σημαντικό να επισημανθεί, ότι η υπερβολική κατανάλωση καφέ μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακές παθήσεις σύμφωνα με τη θεωρία.

Από την έρευνα διαπιστώθηκε επίσης, ότι **ο βασικότερος παράγοντας που επηρεάζει την επιλογή ως προς τα τρόφιμα που θα καταναλώσουν γενικότερα τα άτομα, είναι η «κατάσταση της υγείας» (33%) και έπεται σε σημαντικό ποσοστό η «θρεπτική αξία τροφίμων» (32%)**. Εντούτοις, από έρευνες της θεωρίας, φάνηκε ότι ο βασικότερος παράγοντας που επηρεάζει τη διατροφή του εργαζόμενου είναι το ωράριο εργασίας, το οποίο σύμφωνα με τα ευρήματά μας επηρεάζει μόνο το 18.5%. Για παράδειγμα, τα αποτελέσματα της έρευνας της Καίρη, έδειξαν ότι το 61.1% του δείγματος, επιλέγει τα τρόφιμα που καταναλώνει με βασικό κριτήριο το ωράριο εργασίας του, καθώς και ότι το 86% αισθάνεται ότι ο διαθέσιμος χρόνος του δεν του επιτρέπει να ακολουθεί έναν υγιεινό τρόπο διατροφής. Μια υπόθεση αποτελεί το ότι, οι εργαζόμενοι της έρευνάς μας δεν έδωσαν τη συγκεκριμένη απάντηση, λόγω του ότι δεν υπεραπασχολούνται και έχουν ευέλικτο πρόγραμμα και ωράριο (κυρίως οι εκπαιδευτικοί), συνεπώς η εργασία δεν επηρεάζει ιδιαίτερα τον τρόπο διατροφής τους.

Ωστόσο, το αποτέλεσμά μας συμφωνεί με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών. Στην έρευνα του ΚΕ.Π.ΚΑ. (2006) και στην έρευνα της MRB Hellas (2006), φάνηκε ότι το 41.74% και το 27% αντίστοιχα, άλλαξαν διατροφικές συνήθειες κυρίως λόγω υγείας. Σίγουρα, η υγεία παίζει σημαντικό ρόλο στην επιλογή της διατροφής που θα ακολουθήσει το άτομο. Μια πιθανή ερμηνεία για το ότι ένας σημαντικός αριθμός εργαζομένων επέλεξε ως βασικότερο παράγοντα την «κατάσταση υγείας», είναι η ηλικία τους, η οποία κυμαίνεται γύρω στα 50 έτη. Ενδέχεται, λοιπόν, να αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας, τα οποία εμφανίζονται στη μέση ηλικία (υπέρταση, υψηλή χοληστερόλη κ.λπ.) ή να έχουν προδιάθεση σε αυτά κι έτσι να επηρεάζονται ως προς τα τρόφιμα που θα καταναλώσουν γενικότερα στην καθημερινότητά τους. Ακόμα, η ηλικία σε συνδυασμό με το αυξημένο σωματικό βάρος της πλειοψηφίας, πιθανώς να έχει δημιουργήσει μια σειρά από κλινικά προβλήματα, τα οποία να επηρεάζουν τη διατροφή των συμμετεχόντων, γι' αυτό και να είναι πιο προσεκτικοί ως προς αυτή.

Ένα επιπλέον συμπέρασμα είναι ότι, **η πλειοψηφία των εργαζομένων ασκείται (63%). Από αυτούς, το 27% ασχολείται με «ελαφριές φυσικές δραστηριότητες» και το 36% με μέτριες και έντονες. Η συχνότητα άσκησης είναι «1-2 φορές την εβδομάδα» (39%). Ωστόσο, ένα σημαντικό ποσοστό (37%) δεν ασκείται «ποτέ»**. Συγκρίνοντας τα αποτελέσματά μας, με τα ευρήματα της έρευνας της Alco παρατηρείται ότι το ποσοστό των εργαζομένων που δήλωσε σπάνια

ή καμία ενασχόληση με την άσκηση, είναι μεγαλύτερο σε σχέση με τα δικά μας. Χαρακτηριστικά, βρέθηκε ότι 1 στους 2 Έλληνες εργαζόμενους (55%) δεν ασκείται καθόλου ή ασκείται λίγο (έως 100 λεπτά/εβδομάδα). Ακόμα, σύμφωνα με τον Τούντα (2007), σε πανελλαδική έρευνα, το 74.4% δήλωσε ότι δεν ασχολείται με κάποιο είδος γυμναστικής, ενώ από όσους γυμνάζονται, το 14% ασκείται καθημερινά. Στην έρευνά μας, απέχει από την άσκηση το ήμισυ του παραπάνω ποσοστού, ενώ μόνο το 10% ασκείται καθημερινά.

Παρατηρείται, λοιπόν, ότι το 37% των εργαζομένων, από τη μια μεριά έχει καθιστική απασχόληση και από την άλλη δεν αντισταθμίζει αυτήν την έλλειψη δραστηριότητας με την υιοθέτηση λιγότερο στατικών συμπεριφορών στον ελεύθερο χρόνο του. Πάνω σε αυτό, θα μπορούσε να αναφερθεί ότι αν και οι εργαζόμενοι έχουν δυνατότητα δωρεάν άσκησης στο Κλειστό Γυμναστήριο του Τ.Ε.Ι., πιθανόν να μην την αξιοποιούν ή να μην έχουν πληροφορίες για το ωράριο λειτουργίας του. Γενικότερα, στη χώρα μας μέχρι πρότινος δεν υπήρχε ευαισθητοποίηση γύρω από θέματα άσκησης.

Βασικότερο εμπόδιο για την ενασχόληση με την άσκηση, για εκείνους που δεν ασκούνται, είναι η οικονομική επιβάρυνση, οι οικογενειακές υποχρεώσεις και οι επαγγελματικές υποχρεώσεις (36.5%). Στην έρευνα του Ευρωβαρόμετρου και σε αυτήν του Τούντα (2007), οι Έλληνες επικαλούνται την έλλειψη χρόνου ως το κυριότερο εμπόδιο, με ποσοστά 51% και 45.6% αντίστοιχα, που είναι πολύ πιθανόν να προκύπτει από τις οικογενειακές και επαγγελματικές τους υποχρεώσεις.

Ερμηνεύοντας, λοιπόν, τη συμπεριφορά του δείγματός μας, θα μπορούσε να σημειωθεί ότι ενδεχομένως να επέλεξε τις επαγγελματικές και τις οικογενειακές υποχρεώσεις ως εμπόδιο, λόγω της έλλειψης χρόνου, της έλλειψης διάθεσης και της κούρασης που προκύπτουν από αυτές. Σύμφωνα και με έρευνα της εταιρείας BRI, το 80% των γυναικών και το 72% των ανδρών, λόγω της έλλειψης ενέργειας και της κούρασης που απορρέουν από τις επαγγελματικές υποχρεώσεις, δεν έχουν διάθεση να ασχοληθούν με τα χόμπι τους. Η κούραση, για το 68%, προκύπτει από την έλλειψη χρόνου, ενώ για το 67%, από την πολύωρη εργασία. Όσον αφορά στην οικονομική επιβάρυνση που επιλέχθηκε σε συνδυασμό με τους άλλους δύο παράγοντες, ενδεχομένως να αφορά στο ότι οι εργαζόμενοι μπορεί να συνδέουν την άθληση με το γυμναστήριο, οπότε και να σκέφτονται ότι θα επιβαρύνονται οικονομικά αν ασκούνται. Επιπλέον, σύμφωνα με τον Τούντα (2007), η έλλειψη φυσικής άσκησης είναι πιο συχνή, μεταξύ άλλων, στους μεσήλικες. Η έρευνα της MRB Hellas (2006), έδειξε ότι το 22.5% των ηλικιών 35-44, το 20.2% των ηλικιών 45-54 και το 17.4% των ηλικιών 55-64, γυμνάζονται λιγότερο από 1 φορά το μήνα.

Ένα ακόμα σημαντικό εύρημα της έρευνάς μας, είναι ότι **η πλειοψηφία των εργαζομένων και συγκεκριμένα το 70% δεν καπνίζει, ενώ το 30% καπνίζει.** Σύμφωνα με έρευνα σε υπαλλήλους πανεπιστημίου στο Σάο Πάολο, διαπιστώθηκε ότι σχεδόν το 50% κάπνιζε, ενώ το υπόλοιπο 50% δεν κάπνιζε. Από την έρευνα της εταιρείας Focus (2006) και του Ευρωβαρόμετρου

(2010), βρέθηκε ότι οι Έλληνες καπνίζουν σε ποσοστό 41% και 42% αντίστοιχα. Μάλιστα, από την τελευταία έρευνα προέκυψε ότι, στις ηλικίες 40-54 κάπνιζε το 57% και στους άνω των 55, το 23%. Από τα παραπάνω ευρήματα παρατηρείται ότι, τα ποσοστά των καπνιστών είναι μεγαλύτερα σε σχέση με τα δικά μας αποτελέσματα. Επίσης, όπως φάνηκε τα μεγαλύτερα ποσοστά καπνιστών διαπιστώνονται ιδίως στα άτομα μέσης ηλικίας, κάτι το οποίο δεν βρέθηκε στη δική μας έρευνα.

Ο μέσος αριθμός τσιγάρων των ατόμων που καπνίζουν είναι 22.5 ημερησίως, ενώ εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι **ο αριθμός μπορεί να κυμαίνεται από 3 έως και 75 τσιγάρα ημερησίως (περίπου 4 πακέτα)**. Ομοιότητες με τα ευρήματά μας, παρουσιάζει η έρευνα του Ευρωβαρόμετρου (2010), καθώς βρέθηκε ότι ο μέσος αριθμός τσιγάρων των Ελλήνων καπνιστών είναι 21.4 ημερησίως. Αντίθετα, στην έρευνα της εταιρείας Focus (2006), παρατηρήθηκε ότι το 41% των ερωτηθέντων καπνίζει τουλάχιστον 6 τσιγάρα ημερησίως, ενώ από τα δικά μας αποτελέσματα η ελάχιστη τιμή τσιγάρων ημερησίως είναι 3.

Ακόμη, **ο μέσος όρος των ετών καπνίσματος του δείγματός μας είναι 24.4, με περισσότερα τα 45 και λιγότερα τα 2 χρόνια**. Γενικότερα, από το μέσο όρο των ετών καπνίσματος, γίνεται κατανοητό ότι ο μέσος αριθμός εργαζομένων είναι χρόνιοι καπνιστές, άρα πιθανόν και να κινδυνεύουν να βρεθούν αντιμέτωποι με παθήσεις που σχετίζονται με το κάπνισμα. Μάλιστα, υπάρχουν περιπτώσεις ατόμων που καπνίζουν τα διπλάσια χρόνια από το μέσο όρο, ενώ δε λείπουν και αυτές που καπνίζουν 2 χρόνια, συμπεραίνοντας ότι πρόσφατα ξεκίνησαν το κάπνισμα, κάτι το οποίο βρίσκεται σε αντίθεση με το ότι η έναρξη της καπνιστικής συνήθειας παρουσιάζεται συνήθως σε νεαρή ηλικία.

Αναφορικά με την τήρηση των μέτρων της απαγόρευσης του καπνίσματος στην εργασία, **το μεγαλύτερο ποσοστό των καπνιστών (31.7%) τηρεί «αρκετά» την απαγόρευση**, ενώ ταυτόχρονα **ενοχλείται «πολύ» (25%) από το γεγονός ότι δεν μπορεί να καπνίσει σε αυτήν**. Σε πρόσφατη πανελλαδική έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε συνεργασία με την Kara Research, το 62% των καπνιστών επικροτούν τα νέα μέτρα, ενώ στην έρευνά μας το μεγαλύτερο ποσοστό (25%) ενοχλείται «πολύ» από αυτά, άρα δεν τα επικροτεί. Επιπρόσθετα, από τη μελέτη της Hellas Health III (2010), διαπιστώθηκε ότι παρά τη θετική στάση των καπνιστών αλλά και των μη καπνιστών απέναντι στην απαγόρευση, το 43% δεν θα ακολουθούσε ίδια συμπεριφορά αν κάποιος άναβε τσιγάρο στο χώρο εργασίας του, ενώ το 23% θα ακολουθούσε και θα άναβε επίσης τσιγάρο.

Από τα στοιχεία μας, σχετικά με την τήρηση της απαγόρευσης του καπνίσματος στο χώρο εργασίας, παρατηρείται ότι **μόνο το 20% των εργαζομένων τηρεί τα μέτρα «απόλυτα»** και μάλιστα από άλλες έρευνες, φαίνεται να επικροτούνται περισσότερο σε σχέση με τη δική μας, όπου τα άτομα ενοχλούνται «πολύ» από αυτά.

Όσο για τους μη καπνιστές, η πλειονότητα αυτών (73.6%) δεν υποβάλλεται σε παθητικό κάπνισμα στο εργασιακό περιβάλλον, ενώ το 26.4% υποβάλλεται. Σύμφωνα με το Ευρωβαρόμετρο, εκτεθειμένο στο παθητικό κάπνισμα στο χώρο εργασίας, για πάνω από 5 ώρες την

ημέρα, δηλώνει το 20% των Ελλήνων, ενώ το 39% δηλώνει ότι δεν εκτίθεται ποτέ. Επίσης, η έρευνα Hellas Health III (2010), έδειξε ότι 1 στους 3 εργαζόμενους (34.3%) γίνεται παθητικός καπνιστής στο χώρο της δουλειάς του και στην έρευνα των Μπομπολάκη και Σταματελοπούλου (2004), σχεδόν το 50% των νοσηλευτών ήταν παθητικοί καπνιστές. Βέβαια, όταν διεξήχθησαν οι προαναφερόμενες έρευνες, δεν υπήρχε νόμιμη απαγόρευση του καπνίσματος. Επίσης, **το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων (50.7%) υποβάλλεται σε παθητικό κάπνισμα σε χώρους εκτός εργασίας.**

Συνεπάγεται, ότι ο αριθμός των εργαζομένων της έρευνάς μας που υποβάλλεται σε παθητικό κάπνισμα στο περιβάλλον εργασίας, είναι μικρότερος σε σχέση με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών. Ωστόσο, το αποτέλεσμα αυτό, ότι δηλαδή λίγοι είναι οι παθητικοί καπνιστές, με το γεγονός ότι οι καπνιστές εργαζόμενοι τηρούν τα μέτρα της απαγόρευσης «αρκετά» και «μέτρια», δεν συνάδουν απόλυτα και δημιουργούν προβληματισμούς. Αυτό μπορεί να αποτελεί ένδειξη ότι, είτε οι καπνιστές καπνίζουν περισσότερο στον εξωτερικό χώρο και λιγότερο στο περιβάλλον εργασίας, με αποτέλεσμα οι μη καπνιστές να μην ενοχλούνται σε υψηλό βαθμό και γι' αυτό να μην το αναφέρουν, είτε οι μη καπνιστές τυχόν στο γραφείο τους να συνυπάρχουν με άτομα που δεν καπνίζουν, ή ακόμα και να εργάζονται μόνοι τους, φαινόμενο το οποίο παρατηρήσαμε ιδιαίτερα για τους εκπαιδευτικούς.

Τέλος, αναφορικά με την κατανάλωση αλκοόλ, **το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων (44.5%) πίνει αλκοόλ με συχνότητα «1 φορά την εβδομάδα», κυρίως χαμηλής περιεκτικότητας σε οινόπνευμα.** Πιο αναλυτικά, ο μέσος όρος ως προς τα ποτήρια οينوπνευματωδών ποτών χαμηλής περιεκτικότητας είναι περίπου 3.5 εβδομαδιαίως, με λιγότερα το μισό ποτήρι και περισσότερα τα 40. Ταυτόχρονα, ο μέσος όρος ως προς τα ποτήρια οينوπνευματωδών ποτών υψηλής περιεκτικότητας είναι περίπου 2.5 εβδομαδιαίως, με λιγότερα το μισό ποτήρι και περισσότερα τα 10. Σύμφωνα με στατιστικές μελέτες, το 34% των Ελλήνων, ποσοστό μικρότερο από το δικό μας, δηλώνει ότι «1 ή και αρκετές φορές την εβδομάδα» καταναλώνει 5 ή και περισσότερα αλκοολούχα ποτά, ενώ στη δική μας έρευνα, ο μέσος όρος ποτηριών είναι χαμηλότερος. Επιπρόσθετα, η μελέτη των Μπομπολάκη και Σταματελοπούλου (2004), έδειξε ότι το 53% των νοσηλευτών έκανε χρήση αλκοόλ. Ωστόσο, το 81.3% κατανάλωνε με μικρή συχνότητα, ενώ μόλις το 1.88% με μεγάλη συχνότητα. Αντίθετα, στη δική μας έρευνα το ποσοστό που κατανάλωνε αλκοόλ με μικρή συχνότητα είναι μικρότερο (44.5%), ενώ το ποσοστό που κατανάλωνε με μεγάλη συχνότητα είναι μεγαλύτερο, καθώς το 6% κάνει καθημερινή χρήση αλκοόλ. Επίσης, στη μελέτη Attica (2002), βρέθηκε ότι τα υψηλότερα ποσοστά κατανάλωσης παρατηρούνται στις ηλικίες 55-64. Παράλληλα, σύμφωνα με πανελλήνια έρευνα της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, 1 στους 5 μεσηλικούς Έλληνες πίνει περισσότερα από 3 ποτήρια αλκοόλ την ημέρα. Από τα δικά μας ευρήματα, αν και ο μέσος όρος ποτηριών είναι ιδιαίτερα χαμηλός, απ' ότι φαίνεται υπήρξαν μεμονωμένες περιπτώσεις εργαζομένων που δήλωσαν

ότι πίνουν μέχρι και 40 ποτήρια αλκοόλ χαμηλής περιεκτικότητας εβδομαδιαίως (περίπου 6 ποτήρια ημερησίως), ενώ υπήρξαν κι άλλες περιπτώσεις που δήλωσαν κατανάλωση έως και 10 ποτηριών υψηλής περιεκτικότητας εβδομαδιαίως (περίπου 1.5 ποτήρι ημερησίως).

Αυτή η προτίμηση στα χαμηλής περιεκτικότητας οινοπνευματώδη ποτά, πιθανόν να οφείλεται αφενός, στο γεγονός ότι οι εργαζόμενοι λόγω της επίγνωσης των συνεπειών του αλκοόλ, αποφεύγουν τα ποτά που περιέχουν μεγάλη ποσότητα οινοπνεύματος και αφετέρου, λόγω του ότι το κρασί αποτελεί παραδοσιακό προϊόν στην Κρήτη. Επίσης, πιθανόν να προτιμούν να καταναλώνουν το κρασί μερικές φορές την εβδομάδα μαζί με το γεύμα τους. Εντούτοις, το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων πίνει με μικρή συχνότητα και σε χαμηλό βαθμό εβδομαδιαίως, σε σχέση με τη συνιστώμενη κατανάλωση της Μεσογειακής Πυραμίδας, αλλά και του Π.Ο.Υ, ο οποίος συστήνει 1-2 ποτήρια αλκοόλ ημερησίως.

Απαντώντας, λοιπόν, στο 1^ο ερευνητικό ερώτημα σχετικά με το αν οι εργαζόμενοι του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου Κρήτης (μόνιμοι εκπαιδευτικοί και διοικητικοί) έχουν σωστές συμπεριφορές υγείας, θα μπορούσαν να αναφερθούν τα παρακάτω:

1) Γενικά, όσον αφορά στη **διατροφή, η πλειοψηφία** των εργαζομένων θα μπορούσε να χαρακτηριστεί με **λανθασμένη συμπεριφορά**, ενώ λιγότερα άτομα θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν με **σωστή συμπεριφορά**. Όπως προέκυψε, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος, καταναλώνει από 0-3 γεύματα την ημέρα, παραλείπει το πρωινό, η κατανάλωση δεκατιανού στην εργασία γίνεται σπάνια ή συχνά και όχι πάντοτε, ενώ παρατηρείται ιδιαίτερη προτίμηση κατά κύριο λόγο στον καφέ. Επίσης, η ιδανική κατανάλωση των τροφίμων με βάση τη Μεσογειακή Πυραμίδα, δεν πραγματοποιείται από το σύνολο των εργαζομένων. Αντίθετα, διαπιστώνεται ότι μόνο ένας μικρός αριθμός, που αντιστοιχεί σε λιγότερους από τους μισούς, διατηρεί τα στοιχεία της Μεσογειακής Δίαιτας, ενώ η πλειοψηφία παρουσιάζει αποκλίσεις από αυτήν, δείχνοντας μια τάση υιοθέτησης δυτικοποιημένου τρόπου διατροφής.

2) Αναφορικά με τη **σωματική δραστηριότητα, το μεγαλύτερο ποσοστό** των εργαζομένων του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου θα μπορούσε να χαρακτηριστεί με **μέτρια συμπεριφορά**, καθώς αν και ασκείται (63%) και ασχολείται με μέτριες και έντονες φυσικές δραστηριότητες, ωστόσο η συχνότητα άσκησης είναι σπάνια μέσα στην εβδομάδα (1-2 φορές), με αποτέλεσμα να μη συμφωνεί απόλυτα με τις συστάσεις της σωματικής δραστηριότητας που κάνουν λόγο για «τακτικές συνεδρίες άσκησης τις περισσότερες ή όλες τις ημέρες της εβδομάδας για 30 λεπτά τη φορά». Ακόμη, το **37%** των εργαζομένων θα μπορούσε να χαρακτηριστεί με **λανθασμένη συμπεριφορά** καθώς δεν ασκείται καθόλου.

Από τα παραπάνω, είναι πιθανόν να ερμηνεύεται το γιατί το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων είναι υπέρβαρο. Από τη μια μεριά, οι λανθασμένες διατροφικές επιλογές, όπως η παράλειψη πρωινού και ενδιάμεσων γευμάτων που οδηγεί στην υπερβολική κατανάλωση στα

επόμενα γεύματα από ένα σημαντικό ποσοστό ατόμων και από την άλλη, η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας συμβάλλουν στο αυξημένο σωματικό τους βάρος.

3) Αναφορικά με το **κάπνισμα**, η **συντριπτική πλειοψηφία (70%)** των εργαζομένων του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου θα μπορούσε να χαρακτηριστεί με **σωστή συμπεριφορά**, καθώς βρέθηκε ότι δεν καπνίζει, ενώ **το 1/3 του συνόλου (30%)** θα μπορούσε να χαρακτηριστεί με **λανθασμένη συμπεριφορά**, καθώς όπως προέκυψε καπνίζει. Σχετικά με την τήρηση της απαγόρευσης του καπνίσματος στο χώρο εργασίας, προκύπτει ότι οι εργαζόμενοι του Τ.Ε.Ι. δεν τηρούν απόλυτα τα μέτρα, δείχνοντας αδυναμία «συμμόρφωσης» με αυτά και δυσκολία στο να τα εφαρμόσουν. Το γεγονός αυτό προβληματίζει, καθώς θα μπορούσε να αναρωτηθεί κάποιος, αν τα στελέχη της Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης που παρουσιάζουν υψηλό επίπεδο μόρφωσης, δεν εφαρμόζουν τα μέτρα της απαγόρευσης του καπνίσματος στο χώρο εργασίας, τι μπορεί να συμβαίνει σε άλλους χώρους.

4) Αναφορικά με το **αλκοόλ**, η **πλειονότητα** των εργαζομένων του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου, θα μπορούσε να χαρακτηριστεί με **σωστή συμπεριφορά**, καθώς δεν πίνει, ούτε με μεγάλη συχνότητα εβδομαδιαίως, αλλά ούτε και πολλά ποτήρια, ενώ όπως παρατηρήθηκε καταναλώνει κυρίως χαμηλής περιεκτικότητας οينوπνευματώδη ποτά (π.χ. κρασί, μύρα). Ωστόσο, η σπάνια κατανάλωση αλκοόλ μέσα στην εβδομάδα, αλλά και ο μικρός αριθμός ποτηριών χαμηλής περιεκτικότητας σε οινόπνευμα (~3.5 εβδομαδιαίως), αποτελούν μικρότερες δόσεις από αυτές που συστήνουν ο Π.Ο.Υ. και η Μεσογειακή Δίαιτα.

Ακόμη, πραγματοποιήσαμε συσχετίσεις μεταξύ ποιοτικών μεταβλητών. Αρχικά, συσχετίσαμε τις **συμπεριφορές υγείας** με την **ιδιότητα** των εργαζομένων και προέκυψαν τα παρακάτω:

1. Οι μόνιμοι εκπαιδευτικοί καταναλώνουν συχνότερα έτοιμο ή προπαρασκευασμένο φαγητό σε σχέση με τους διοικητικούς, καθώς υπήρξε θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών, οπότε το εύρημα ήταν στατιστικά σημαντικό.

2. Οι μόνιμοι εκπαιδευτικοί επηρεάζονται ως προς τα τρόφιμα που θα καταναλώσουν γενικότερα από την «κατάσταση υγείας» τους (33.7%), ενώ οι διοικητικοί από τη «θρεπτική αξία τροφίμων» (41.4%). Συνεπώς κι εδώ υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσά τους. Παράλληλα, τα ευρήματα της μελέτης της Καπίρη δείχνουν ότι οι υπάλληλοι γραφείου πραγματοποιούν πιο υγιεινές τροφικές επιλογές σε σύγκριση με άλλα επαγγέλματα όπως, απασχολούμενοι στην παροχή υπηρεσιών, ανώτερα διοικητικά στελέχη και καθηγητές. Συγκεκριμένα, οι υπάλληλοι γραφείου τείνουν να καταναλώνουν συχνότερα μαγειρεμένο φαγητό, σαλάτα, φρούτα και χυμούς, ενώ δεν καταναλώνουν συχνά σνακ τύπου πατατάκια στο χώρο εργασίας.

3. Διαφορές προέκυψαν και ως προς τη κατανάλωση αλκοόλ μεταξύ των μόνιμων εκπαιδευτικών και των διοικητικών, αλλά η κατανάλωση αυτή βρίσκεται μέσα στα επιτρεπόμενα

όρια της Μεσογειακής Διατροφής. **Οι μόνιμοι εκπαιδευτικοί καταναλώνουν συχνότερα αλκοόλ μέσα στην εβδομάδα σε σχέση με τους διοικητικούς.** Μάλιστα, οι διοικητικοί σε ποσοστό $\frac{1}{3}$ από εκείνο των μόνιμων εκπαιδευτικών απέχουν από το αλκοόλ εβδομαδιαίως. Όπως βρέθηκε, το 9.9% των μόνιμων εκπαιδευτικών και το 30.3% των διοικητικών δεν καταναλώνουν «ποτέ» αλκοόλ. Από τη θεωρία, παρατηρήθηκε ότι ο τρόπος ζωής ενός ατόμου θεωρείται παράγοντας αύξησης της κατανάλωσης αλκοόλ και ότι ιδιαίτερα ευάλωτα είναι τα άτομα που ζουν και εργάζονται υπό συνθήκες πίεσης. Το γεγονός ότι οι καθηγητές πίνουν περισσότερο σε σχέση με τους διοικητικούς, πιθανόν να οφείλεται στο άγχος που τους προκαλεί η φύση της εργασίας τους για προσωπική εξέλιξη.

4. Ακόμη, ο μέσος όρος ποτηριών χαμηλής περιεκτικότητας των μόνιμων εκπαιδευτικών (3.7 ποτήρια) ήταν μεγαλύτερος από εκείνον των διοικητικών (3.3 ποτήρια) μέσα στην εβδομάδα.

Συμπερασματικά, απαντώντας στο 2^ο ερευνητικό ερώτημα αν η ιδιότητα επηρεάζει τις συμπεριφορές υγείας των εργαζομένων, διαπιστώνεται ότι οι διοικητικοί τείνουν να έχουν ελαφρώς καλύτερη συμπεριφορά αναφορικά με τη διατροφή και καλύτερη αναφορικά με το αλκοόλ, σε σχέση με τους μόνιμους εκπαιδευτικούς, ενώ αναφορικά με τη σωματική δραστηριότητα και το κάπνισμα, δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα τους. Συνεπώς, η αρχική μας υπόθεση ότι οι μόνιμοι εκπαιδευτικοί θα έχουν καλύτερες συμπεριφορές υγείας, δεν επαληθεύεται.

Στη συνέχεια, συσχετίσαμε τις *συμπεριφορές υγείας* με το *φύλο* των εργαζομένων και προέκυψαν τα εξής:

1. Οι γυναίκες καταναλώνουν καθημερινά γαλακτοκομικά σε μεγαλύτερο ποσοστό (57.1%) σε σύγκριση με τους άνδρες (33.6%), καθώς διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών, οπότε υπήρξε σημαντική διαφορά μεταξύ τους. Αυτό ενδεχομένως να οφείλεται στο ότι οι γυναίκες της ηλικίας αυτής βρίσκονται στην προκλιμακτηριακή περίοδο, η οποία είναι κρίσιμη καθώς υπάρχει η τάση για εμφάνιση οστεοπόρωσης. Συνεπώς, καταναλώνουν περισσότερο γαλακτοκομικά προϊόντα, για να εξασφαλίσουν το απαραίτητο ασβέστιο κι έτσι να προλάβουν/περιορίσουν τον κίνδυνο πρόκλησης του προβλήματος αυτού. Ακόμη, όπως παρατηρήθηκε από την έρευνά μας και από άλλες, οι γυναίκες ακολουθούν πιο υγιεινή διατροφή σε σχέση με τους άνδρες, τηρώντας περισσότερο το Μεσογειακό πρότυπο και τείνουν να είναι περισσότερο ενημερωμένες.

2. Οι γυναίκες καταναλώνουν συχνότερα κάτι στο χώρο εργασίας τους (39.3%) σε σχέση με τους άνδρες που καταναλώνουν κάτι «σπάνια» (46.6%). Άρα κι εδώ υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους. Μια πιθανή ερμηνεία για το εύρημα αυτό είναι, όπως διαπιστώθηκε και παραπάνω, αλλά και από άλλες μελέτες, ότι συνήθως οι γυναίκες είναι περισσότερο ενημερωμένες γύρω από θέματα διατροφής και τρέφονται καλύτερα.

3. Οι άνδρες ασκούνται περισσότερο από τις γυναίκες, εφόσον όπως βρέθηκε το μεγαλύτερο ποσοστό τους (44.8%) ασκείται «1-2 φορές την εβδομάδα», σε αντίθεση με το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών (51.2%) το οποίο δεν ασκείται «ποτέ». Συνεπώς, κι εδώ παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ τους. Μάλιστα, όλες οι έρευνες της θεωρίας επιβεβαιώνουν τα ευρήματά μας και συμφωνούν στο ότι οι γυναίκες τείνουν να ασκούνται λιγότερο σε σύγκριση με τους άνδρες. Όπως έδειξε η μελέτη Attica (2001-2006) και εκείνη του Τούντα (2007), συνολικά οι γυναίκες ασκούνται λιγότερο. Επιπλέον, τα ευρήματα της Hellas Health I (2006), έδειξαν ότι το 34.5% των ανδρών και το 44.7% των γυναικών στον ελληνικό πληθυσμό ήταν αδρανείς.

4. Στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες προέκυψε και από τον παράγοντα που εμποδίζει την ενασχόληση με την άσκηση, καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών (38.1%) δήλωσε τις «οικογενειακές υποχρεώσεις», ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών (50%) δήλωσε πως «όλα» αποτελούν εμπόδιο, δηλαδή ο συνδυασμός της οικονομικής επιβάρυνσης, των οικογενειακών υποχρεώσεων και των επαγγελματικών υποχρεώσεων. Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα της δικής μας έρευνας με αντίστοιχες μελέτες, παρατηρούνται ομοιότητες ως προς τον παράγοντα που εμποδίζει την ενασχόληση με την άσκηση στις γυναίκες. Σύμφωνα με έρευνα της Dixon, σε εργαζόμενες μητέρες σε πανεπιστήμιο των Η.Π.Α., μεταξύ άλλων, το «στενό» πρόγραμμα και η οικογενειακή κατάσταση αποτελούσαν παράγοντες για την περιορισμένη συμμετοχή στην άσκηση. Ταυτόχρονα, από τη μελέτη των Im et al., σε μεσήλικες γυναίκες, διαπιστώθηκε ότι θεωρούσαν τη σωματική δραστηριότητα ως «χάσιμο χρόνου» στα πολυάσχολα καθημερινά προγράμματά τους.

Οι πολλοί ρόλοι που καλείται να εκπληρώσει καθημερινά η εργαζόμενη γυναίκα και μητέρα, τις δημιουργούν σωματική και ψυχική καταπόνηση. Οι οικογενειακές υποχρεώσεις, όταν επιστρέφει από την εργασία, δεν της αφήνουν ελεύθερο χρόνο να ασχοληθεί με τη γυμναστική, λόγω του στρες και της κούρασης που επιφέρουν. Πιθανόν τα αποτελέσματά μας να ήταν διαφορετικά, αν η πλειοψηφία των γυναικών δεν ήταν έγγαμες και με παιδιά, καθώς η εργασία από μόνη της ενδεχομένως να μην τις επηρέαζε σε σημαντικό βαθμό. Αντίθετα, επηρεάζει τους άνδρες, σε συνδυασμό με τις οικογενειακές υποχρεώσεις και την οικονομική επιβάρυνση.

Όσον αφορά στην **καπνιστική συνήθεια**, δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ **ανδρών** και **γυναικών**. Οι περισσότερες έρευνες δείχνουν να υπάρχει διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα και συμφωνούν στο ότι οι άνδρες καπνίζουν περισσότερο. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με την Eurostat (2010), το 47% των ανδρών και το 38% των γυναικών ανέφεραν ότι καπνίζουν, με τους άνδρες να καπνίζουν 23.8 τσιγάρα την ημέρα και τις γυναίκες 18.7. Παράλληλα, έκθεση από το Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Ασθενειών των Η.Π.Α., σημειώνει ότι οι περισσότεροι καπνιστές είναι άνδρες και όχι γυναίκες. Στη δική μας έρευνα, φάνηκε ότι και τα δύο φύλα καπνίζουν το ίδιο.

5. Οι άνδρες φαίνεται να καταναλώνουν αλκοόλ με μεγαλύτερη συχνότητα μέσα στην εβδομάδα σε σχέση με τις γυναίκες. Μάλιστα, οι γυναίκες σε ποσοστό μεγαλύτερο του $\frac{1}{5}$ από το ποσοστό των ανδρών, απέχουν από το αλκοόλ εβδομαδιαίως, γεγονός που επιφέρει στατιστικά σημαντική διαφορά. Πιο συγκεκριμένα, το 6.9% των ανδρών και το 38.1% των γυναικών δεν καταναλώνουν «ποτέ» αλκοόλ μέσα στην εβδομάδα. Από έρευνες που έλαβαν χώρα στο γενικό πληθυσμό, φαίνεται ότι οι άνδρες έχουν το προβάδισμα αναφορικά με τη χρήση αλκοόλ, ωστόσο, η κατανάλωση των γυναικών αυξάνεται τα τελευταία χρόνια με ταχύτατους ρυθμούς.

6. Αναφορικά με τον Δείκτη Μάζας Σώματος, περισσότεροι από τους μισούς άνδρες του δείγματος (52.6%) είναι «υπέρβαροι», ενώ οι μισές από τις γυναίκες (50%) είναι «φυσιολογικού βάρους», έτσι διαφαίνεται σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών και σε αυτήν την σύγκριση. Από μελέτες της θεωρίας, φαίνεται οι γυναίκες να ακολουθούν περισσότερο υγιεινή διατροφή. Οι γυναίκες του δείγματος, τείνουν να καταναλώνουν κάτι στην εργασία, δείχνοντας πιο οργανωμένο πρόγραμμα διατροφής σε σχέση με τους άνδρες. Δεν φεύγουν «νηστικές» από τη δουλειά, με «κίνδυνο» να υπερκαταναλώσουν φαγητό στα επόμενα γεύματα, κάτι το οποίο πραγματοποιούν πιθανόν οι άνδρες κι αυτό εξηγεί και το αυξημένο βάρος τους. Οι άνδρες από την άλλη, αν και ασκούνται στο μεγαλύτερο ποσοστό τους και πραγματοποιούν μέτριες και έντονες φυσικές δραστηριότητες, ωστόσο η συχνότητα είναι σπάνια μέσα στην εβδομάδα (1-2 φορές), γεγονός που δεν αντισταθμίζεται με το αυξημένο βάρος τους.

Συνεπώς, **απαντώντας στο 3^ο ερευνητικό ερώτημα αν το φύλο επηρεάζει τις συμπεριφορές υγείας των εργαζομένων,** βρέθηκε ότι οι γυναίκες έχουν καλύτερη συμπεριφορά όσον αφορά στη διατροφή σε σύγκριση με τους άνδρες. Αντίθετα, οι άνδρες ασκούνται περισσότερο και πίνουν με μεγαλύτερη συχνότητα αλκοόλ σε σχέση με τις γυναίκες. Ακόμα, οι άνδρες παρουσιάζουν αυξημένο Δείκτη Μάζας Σώματος, καθώς είναι υπέρβαροι στην πλειοψηφία τους, σε σύγκριση με τις γυναίκες που παρουσιάζουν φυσιολογικό βάρος. Σχετικά με την καπνιστική συνήθεια, δεν προέκυψε καμία διαφορά μεταξύ τους. Συμπερασματικά, η αρχική μας υπόθεση, ότι οι γυναίκες θα έχουν καλύτερες συμπεριφορές υγείας, επαληθεύεται ως προς τη διατροφή και το αλκοόλ.

Επίσης, συσχετίσαμε τις **συμπεριφορές υγείας** με τον **Δείκτη Μάζας Σώματος** του δείγματος, ωστόσο δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τις συμπεριφορές υγείας μεταξύ των ατόμων φυσιολογικού βάρους, των υπέρβαρων και των παχύσαρκων, **απαντώντας** έτσι και **στο 4^ο ερευνητικό ερώτημα**. Άρα, η αρχική μας υπόθεση, ότι όσοι έχουν $\Delta\text{ΜΣ} \geq 25$ θα έχουν χειρότερες συμπεριφορές υγείας, δεν επαληθεύεται. Το γεγονός ότι δεν βρέθηκε καμία διαφορά στις **διατροφικές συνήθειες** μεταξύ των ατόμων, ενδεχομένως να οφείλεται στην ποσότητα της τροφής που επιλέγουν να καταναλώσουν γενικότερα. Παρόλα τα αποτελέσματά μας, τα ευρήματα άλλων ερευνών από τη θεωρία, παρουσίασαν διαφορές στις διατροφικές συνήθειες ανάλογα με το βάρος των ατόμων. Συγκεκριμένα, πρόσφατη έρευνα του Πανελληνίου Συλλόγου Διαιτολόγων,

έδειξε ότι το 28% των παχύσαρκων παραγγέλνει περισσότερες από 4 φορές την εβδομάδα έτοιμο φαγητό, ενώ μεταξύ ατόμων με φυσιολογικό βάρος το ποσοστό περιορίζεται στο 6%.

Τέλος, αρνητική συσχέτιση παρατηρήθηκε και ανάμεσα στον **Δείκτη Μάζας Σώματος** και την **άσκηση**. Τα άτομα που τείνουν να αθλούνται μέσα στην εβδομάδα, ανήκουν και στις τρεις κατηγορίες κι αυτό δείχνει ότι πιθανόν οι υπέρβαροι και οι παχύσαρκοι κάνουν μια προσπάθεια να μειώσουν το βάρος τους (αν και με μικρή συχνότητα μέσα στην εβδομάδα) και να αποκτήσουν καλύτερη σωματική και ψυχική υγεία, καθώς ενδέχεται να αντιμετωπίζουν, σε συνδυασμό με τα επιπλέον κιλά και την ηλικία, προβλήματα υγείας.

Εν κατακλείδι, η πλειοψηφία τόσο του μόνιμου εκπαιδευτικού, όσο και του διοικητικού προσωπικού του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου Κρήτης, φαίνεται να έχει λανθασμένη συμπεριφορά αναφορικά με τη διατροφή, αφού δεν τρέφεται με βάση τους κανόνες της υγιεινής διατροφής και της Μεσογειακής Δίαιτας. Παράλληλα, το μεγαλύτερο ποσοστό θα μπορούσε να χαρακτηριστεί με μέτρια συμπεριφορά όσον αφορά στη σωματική δραστηριότητα, αφού δεν αθλείται επαρκώς, ενώ περισσότερο από το $\frac{1}{3}$ δεν αθλείται καθόλου. Ακόμη, η πλειοψηφία φαίνεται να έχει σωστή συμπεριφορά αναφορικά με το κάπνισμα, ωστόσο το $\frac{1}{3}$ καπνίζει. Τέλος, η πλειοψηφία έχει σωστή συμπεριφορά αναφορικά με το αλκοόλ, εφόσον βρέθηκε ότι δεν πίνει.

Κλείνοντας, χρειάζεται να επισημανθεί ότι θα ήταν ενδιαφέρον η έρευνα να επεκταθεί και στους συμβασιούχους εκπαιδευτικούς και στους εργαζόμενους των Παραρτημάτων του ΤΕΙ (Χανιά, Ρέθυμνο, Σητεία) και πιθανόν να συγκριθεί και με αντίστοιχη μελέτη σε εργαζόμενους στο Πανεπιστήμιο του Ηρακλείου.

Είναι γεγονός ότι το ίδιο το άτομο, είναι υπεύθυνο για τον τρόπο και την ποιότητα ζωής του. Οι εργαζόμενοι χρειάζεται να υιοθετήσουν υγιεινές διατροφικές συνήθειες, να βελτιώσουν ή να αλλάξουν τη διατροφική τους συμπεριφορά, να εντάξουν την άσκηση στην καθημερινότητά τους (σύμφωνα με τη θεωρία, η άσκηση δεν σχετίζεται απαραίτητα με το γυμναστήριο, αλλά ακόμη και ένας καθημερινός περίπατος μισής ώρας, προσφέρει αρκετά οφέλη στην υγεία), και να αποφύγουν ή να τροποποιήσουν τη συνήθεια του καπνίσματος και της κατανάλωσης αλκοόλ, έτσι ώστε να αποτρέψουν την ασθένεια και να εξασφαλίσουν ψυχική και σωματική υγεία. Ωστόσο, η αλλαγή της συμπεριφοράς υγείας, δεν είναι εύκολη υπόθεση, καθώς μερικά στοιχεία και συνήθειες υιοθετούνται από την παιδική ηλικία και διατηρούνται μέχρι και την ενήλικη ζωή. Συνεπώς, απαιτείται θέληση, υπομονή και επιμονή.

Ίσως θα ήταν βοηθητικό να οργανωθούν σεμινάρια επικεντρωμένα στην Μεσογειακή Διατροφή και τα οφέλη της, στη σημασία του πρωινού και των ενδιάμεσων γευμάτων και στις επιπτώσεις της ανθυγιεινής διατροφής στην υγεία, με παράλληλη παρουσίαση σχετικών ερευνών. Τα σεμινάρια αυτά, θα απευθύνονται στο εκπαιδευτικό και διοικητικό προσωπικό του ΤΕΙ, για μεγαλύτερη πληροφόρηση και ευαισθητοποίηση σε θέματα διατροφής, αλλά και σε φοιτητές. Το τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας του ΤΕΙ Κρήτης, μπορεί να έχει ουσιαστικό ρόλο σε αυτά, σε

συνεργασία με το δικό μας Τμήμα και τη Νοσηλευτική. Παράλληλα, το κυλικείο-λέσχη του ΤΕΙ, μπορεί να παρέχει πιο υγιεινές προτάσεις για σνακ κ.λπ.

Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ

Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΘΕΜΑ: «ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΤΟΥ Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ»

Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας είναι, να μελετήσουμε και να καταγράψουμε τις συμπεριφορές υγείας που έχουν οι Εργαζόμενοι του Τ.Ε.Ι. Κρήτης, κυρίως οι Διοικητικοί και οι Μόνιμοι Εκπαιδευτικοί και πιο συγκεκριμένα να διερευνήσουμε τις πρακτικές που ακολουθούν σχετικά με τη διατροφή, τη σωματική δραστηριότητα, το κάπνισμα και το αλκοόλ. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα, κατά συνέπεια τηρείται το απόρρητο. Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για το χρόνο και την πολύτιμη βοήθειά σας.

Οι Σπουδάστριες : Στεφανουδάκη Μαριλένα

Στρατή Μαρία

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2011

A. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ - ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Ιδιότητα:

- α. Μόνιμος/η Εκπαιδευτικός
β. Διοικητικός

2. Σχολή (Απαντούν **ΜΟΝΟ** οι **ΜΟΝΙΜΟΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΙ**):

- α. ΣΔΟ
β. ΣΤΕΦ
γ. ΣΕΥΠ
δ. ΣΤΕΓ

3. Επιλέξτε τη βαθμίδα στην οποία ανήκετε (Απαντούν **ΜΟΝΟ** οι **ΜΟΝΙΜΟΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΙ**):

- α. Καθηγητής Εφαρμογών
β. Επίκουρος Καθηγητής
γ. Αναπληρωτής Καθηγητής
δ. Καθηγητής

4. Φύλο:

- α. Άνδρας
β. Γυναίκα

5. Ηλικίαετών

6. Οικογενειακή κατάσταση:

- α. Άγαμος/η
β. Έγγαμος/η
γ. Διαζευγμένος/η
δ. Σε διάσταση
ε. Χήρος/α

7. Αριθμός παιδιών:

8. Σπουδές:

- α. Απόφοιτος/η Δημοτικού - Γυμνασίου
β. Απόφοιτος/η Λυκείου
γ. Απόφοιτος/η ΤΕΙ
δ. Απόφοιτος/η ΑΕΙ
ε. Κάτοχος Μεταπτυχιακού
στ. Κάτοχος Διδακτορικού

9. Σημειώστε το βάρος σας:κιλά

10. Σημειώστε το ύψος σας:εκατοστά

B. ΔΙΑΤΡΟΦΗ

1. Πόσα γεύματα, συνήθως, καταναλώνετε την ημέρα;

- α. ≤ 3 (από 0 έως και 3 γεύματα)
β. >3 (πάνω από 3 γεύματα)

2. Ποιό από τα παρακάτω γεύματα παραλείπετε ευκολότερα;

- α. Πρωινό
β. Μεσημεριανό
γ. Βραδινό
δ. Ενδιάμεσα γεύματα
ε. Κανένα

3. Παίρνετε πρωινό;

- α. Ναι
β. Όχι
γ. Μερικές Φορές

4. Τι περιλαμβάνει συνήθως το πρωινό σας; (Μπορείτε να σημειώσετε παραπάνω από μία απάντηση)

- α. Καφέ - Τσάι
β. Φρουτοχυμό
γ. Δημητριακά
δ. Τοστ - Φρυγανιές
ε. Κρουασάν - Κέικ
στ. Γάλα - Γιαούρτι
ζ. Φρούτα
η. Γλυκά
θ. Άλλο.....

5. Πόσο συχνά καταναλώνετε εβδομαδιαίως:

Είδος	Κάθε μέρα	4-5 φορές	2-3 φορές	0-1 φορά
Δημητριακά – Ψωμί				
Λαχανικά				
Φρούτα				
Όσπρια				
Γαλακτοκομικά				
Άσπρο κρέας				
Γλυκά				
Αυγά				
Κόκκινο κρέας				
Φυσιικός χυμός				
Αναψυκτικά				

6. Πόσο συχνά καταναλώνετε έτοιμο ή προπαρασκευασμένο φαγητό;

- α. Σχεδόν καθημερινά
- β. 3-4 φορές την εβδομάδα
- γ. 2-3 φορές την εβδομάδα
- δ. 1-2 φορές την εβδομάδα
- ε. 1-2 φορές το μήνα
- στ. Καθόλου

7. Πόσο συχνά καταναλώνετε κάτι στο χώρο εργασίας σας;

- α. Ποτέ
- β. Σπάνια
- γ. Συχνά
- δ. Πολύ συχνά
- ε. Πάντοτε

8. Στον παρακάτω πίνακα παρακαλείστε να σημειώσετε ποιά από τα παρακάτω τρόφιμα καταναλώνετε στο χώρο εργασίας σας (Μπορείτε να σημειώσετε παραπάνω από μία απάντηση):

Μαγειρεμένο φαγητό	
Σαλάτα	
Τοστ – Σάντουιτς	
Τυρόπιτα ή άλλα παρεμφερή	
Πατατάκια ή άλλα παρεμφερή	
Γαλακτοκομικά	
Γλυκό	
Φυσιικός χυμός – Φρούτα	
Αναψυκτικό	
Καφές	
Άλλο	

9. Από πού προμηθεύεστε κυρίως τα τρόφιμα που καταναλώνετε στην εργασία σας;

- α. Σπίτι
- β. Κυλικείο – Λέσχη Τ.Ε.Ι.

10. Ποιός είναι ο βασικότερος παράγοντας που επηρεάζει την επιλογή σας ως προς τα τρόφιμα που θα καταναλώσετε γενικότερα;

- α. Κατάσταση υγείας
- β. Θρεπτική αξία τροφίμων
- γ. Εισόδημα
- δ. Ωράριο εργασίας
- ε. Κοινωνικός περίγυρος
- στ. Μ.Μ.Ε.
- ζ. Άλλο

Γ. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

1. Πόσο συχνά ασκείστε;
 - α. Καθημερινά
 - β. 3-4 φορές την εβδομάδα
 - γ. 1-2 φορές την εβδομάδα
 - δ. Ποτέ

2. Με ποιά από τις παρακάτω δραστηριότητες ασχολείστε πιο συχνά;
 - α. Με ελαφριές φυσικές δραστηριότητες
(π.χ. περπάτημα με αργό ρυθμό, πινγκ-πονγκ, γκολφ, ιστιοπλοΐα)
 - β. Με μέτριες φυσικές δραστηριότητες
(π.χ. περπάτημα με γρήγορο ρυθμό, ποδηλασία, ήπιο τρέξιμο)
 - γ. Με έντονες φυσικές δραστηριότητες
(π.χ. περπάτημα με βάρη, τρέξιμο, ποδόσφαιρο, μπάσκετ, κολύμπι, γυμναστήριο)
 - δ. Με τίποτα από τα παραπάνω

3. Αν ΔΕΝ ασκείστε, ποιός παράγοντας θεωρείτε πως σας εμποδίζει σε αυτό;
 - α. Οικονομική επιβάρυνση
 - β. Οικογενειακές υποχρεώσεις
 - γ. Επαγγελματικές υποχρεώσεις
 - δ. Όλα τα παραπάνω
 - ε. Άλλο.....

Δ. ΚΑΠΝΙΣΜΑ

1. Καπνίζετε;
 - α. Ναι
 - β. Όχι (Αν **ΟΧΙ**, προχωρήστε στην **Ερώτηση 6 και 7**)

2. Αν **ΝΑΙ**, πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;

3. Πόσα χρόνια καπνίζετε;

4. Σε ποιό βαθμό τηρείτε το νόμο για την απαγόρευση του καπνίσματος στο χώρο εργασίας;
 - α. Απόλυτα
 - β. Αρκετά
 - γ. Μέτρια
 - δ. Λίγο
 - ε. Καθόλου

5. Σε ποιό βαθμό σας ενοχλεί το γεγονός ότι δεν μπορείτε να καπνίσετε στο χώρο εργασίας σας;
 - α. Πάρα πολύ
 - β. Πολύ
 - γ. Μέτρια
 - δ. Λίγο
 - ε. Καθόλου

6. Υποβάλλεστε σε παθητικό κάπνισμα στο περιβάλλον εργασίας σας; (Παρακαλούνται να απαντήσουν **ΜΟΝΟ** οι **ΜΗ ΚΑΠΝΙΖΟΝΤΕΣ**)

α. Ναι

β. Όχι

7. Υποβάλλεστε σε παθητικό κάπνισμα και εκτός εργασίας; (Παρακαλούνται να απαντήσουν **ΜΟΝΟ** οι **ΜΗ ΚΑΠΝΙΖΟΝΤΕΣ**)

α. Ναι

β. Όχι

Ε. ΑΛΚΟΟΛ

1. Πόσο συχνά καταναλώνετε αλκοόλ **ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΩΣ**;

α. Ποτέ

β. 1 φορά την εβδομάδα

γ. 2-3 φορές την εβδομάδα

δ. 3-4 φορές την εβδομάδα

ε. Καθημερινά

2. Πόσα περίπου ποτήρια οινοπνευματωδών ποτών καταναλώνετε **ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΩΣ**:

Χαμηλής περιεκτικότητας οινόπνευμα (κρασί, μύρα κ.λπ.)	
Υψηλής περιεκτικότητας οινόπνευμα (ρακί, ουίσκι κ.λπ.)	

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΣΑΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΙΝΑΚΕΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ

- Συμπεριφορές υγείας * ιδιότητα

πίνακας 1

<i>Πρόσληψη πρωινού</i>	Μόνιμος Εκπαιδευτικός		Διοικητικός	
	<i>N</i>	<i>(%)</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
Ναι	52	52.5	45	44.4
Όχι	20	19.8	25	25.3
Μερικές φορές	28	27.7	30	30.3

πίνακας 2

<i>Συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων/εβδομάδα</i>	Μόνιμος Εκπαιδευτικός		Διοικητικός	
	<i>N</i>	<i>(%)</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
Δημητριακά-Ψωμί				
0-1 φορά την εβδομάδα	9	8.9	5	5.1
2-3 φορές την εβδομάδα	17	17.8	31	30.3
4-5 φορές την εβδομάδα	31	30.7	29	29.2
Κάθε μέρα	43	42.6	35	35.4

πίνακας 3

<i>Συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων/εβδομάδα</i>	Μόνιμος Εκπαιδευτικός		Διοικητικός	
	<i>N</i>	<i>(%)</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
Λαχανικά				
0-1 φορά την εβδομάδα	9	8.9	9	9.1
2-3 φορές την εβδομάδα	31	30.7	37	37.4
4-5 φορές την εβδομάδα	31	30.7	21	21.2
Κάθε μέρα	29	29.7	33	32.3

πίνακας 4

<i>Συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων/εβδομάδα</i>	Μόνιμος Εκπαιδευτικός		Διοικητικός	
	<i>N</i>	<i>(%)</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
Φρούτα				
0-1 φορά την εβδομάδα	20	19.8	13	13.1
2-3 φορές την εβδομάδα	24	23.8	20	20.2
4-5 φορές την εβδομάδα	17	16.8	19	19.2
Κάθε μέρα	39	39.6	48	47.5

πίνακας 5

<i>Συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων/εβδομάδα</i>	Μόνιμος Εκπαιδευτικός		Διοικητικός	
	<i>N</i>	<i>(%)</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
Όσπρια				
0-1 φορά την εβδομάδα	45	44.6	53	53.5
2-3 φορές την εβδομάδα	49	49.5	42	41.4
4-5 φορές την εβδομάδα	6	5.9	5	5.1
Κάθε μέρα	0	0.0	0	0.0

πίνακας 6

Συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων/εβδομάδα	Μόνιμος Εκπαιδευτικός		Διοικητικός	
	N	(%)	N	(%)
Γαλακτοκομικά				
0-1 φορά την εβδομάδα	10	9.9	12	12.1
2-3 φορές την εβδομάδα	29	28.7	16	16.2
4-5 φορές την εβδομάδα	24	23.8	22	22.2
Κάθε μέρα	37	37.6	50	49.5

πίνακας 7

Συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων/εβδομάδα	Μόνιμος Εκπαιδευτικός		Διοικητικός	
	N	(%)	N	(%)
Άσπρο κρέας				
0-1 φορά την εβδομάδα	43	42.6	49	49.5
2-3 φορές την εβδομάδα	51	51.5	46	45.5
4-5 φορές την εβδομάδα	6	5.9	4	4.0
Κάθε μέρα	0	0.0	1	1.0

πίνακας 8

Συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων/εβδομάδα	Μόνιμος Εκπαιδευτικός		Διοικητικός	
	N	(%)	N	(%)
Κόκκινο κρέας				
0-1 φορά την εβδομάδα	46	45.5	45	45.4
2-3 φορές την εβδομάδα	39	39.6	47	46.5
4-5 φορές την εβδομάδα	14	13.9	7	7.1
Κάθε μέρα	1	1.0	1	1.0

πίνακας 9

Συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων στην εργασία	Μόνιμος Εκπαιδευτικός		Διοικητικός	
	N	(%)	N	(%)
Ποτέ	6	5.9	1	1.0
Σπάνια	44	44.6	35	34.3
Συχνά	32	31.7	33	33.3
Πολύ συχνά	8	7.9	10	10.2
Πάντοτε	10	9.9	21	21.2

πίνακας 10

Συχνότητα άσκησης	Μόνιμος Εκπαιδευτικός		Διοικητικός	
	N	(%)	N	(%)
Καθημερινά	10	9.9	10	10.1
3-4 φορές την εβδομάδα	15	14.8	13	13.2
1-2 φορές την εβδομάδα	44	44.6	34	33.3
Ποτέ	31	30.7	43	43.4

πίνακας 11

Είδος δραστηριότητας	Μόνιμος Εκπαιδευτικός		Διοικητικός	
	N	(%)	N	(%)
Ελαφριές φυσικές δραστηριότητες	31	30.7	23	23.2
Μέτριες φυσικές δραστηριότητες	23	22.8	21	21.2
Έντονες φυσικές δραστηριότητες	16	15.8	12	12.2
Τίποτα από τα παραπάνω	30	30.7	44	43.4

πίνακας 12

Παράγοντας που εμποδίζει την ενασχόληση με την άσκηση	Μόνιμος Εκπαιδευτικός		Διοικητικός	
	N	(%)	N	(%)
Οικονομική επιβάρυνση	1	3.1	2	4.8
Οικογενειακές υποχρεώσεις	4	12.5	15	35.7
Επαγγελματικές υποχρεώσεις	5	15.6	8	19.0
Όλα τα παραπάνω	14	43.8	14	33.3
Άλλο	8	25.0	3	7.2

πίνακας 13

Καπνιστική συνήθεια	Μόνιμος Εκπαιδευτικός		Διοικητικός	
	N	(%)	N	(%)
Ναι	29	29.7	31	30.3
Όχι	71	70.3	69	69.7

πίνακας 14

Βαθμός τήρησης της απαγόρευσης του καπνίσματος στην εργασία	Μόνιμος Εκπαιδευτικός		Διοικητικός	
	N	(%)	N	(%)
Απόλυτα	2	6.6	10	33.3
Αρκετά	10	36.7	9	26.8
Μέτρια	9	30.0	4	13.3
Λίγο	5	16.7	4	13.3
Καθόλου	3	10.0	4	13.3

πίνακας 15

Βαθμός ενόχλησης από το ότι δεν μπορούν να καπνίσουν στην εργασία	Μόνιμος Εκπαιδευτικός		Διοικητικός	
	N	(%)	N	(%)
Πάρα πολύ	6	20.0	8	26.7
Πολύ	7	23.3	8	26.7
Μέτρια	5	16.7	3	10.0
Λίγο	6	20.0	6	20.0
Καθόλου	6	20.0	5	16.6

πίνακας 16

Παθητικό κάπνισμα στην εργασία	Μόνιμος Εκπαιδευτικός		Διοικητικός	
	N	(%)	N	(%)
Ναι	20	28.2	17	24.6
Όχι	50	71.8	53	75.4

πίνακας 17

Ποτήρια κατανάλωσης αλκοόλ/εβδομάδα	Ιδιότητα	Μέση τιμή
Υψηλής περιεκτικότητας	Μόνιμος Εκπαιδευτικός	2.5
	Διοικητικός	2.5

πίνακας 18

Δείκτης Μάζας Σώματος	Μόνιμος Εκπαιδευτικός		Διοικητικός	
	N	(%)	N	(%)
Φυσιολογικού βάρους	34	48.6	36	51.4
Υπέρβαρος	48	52.7	45	47.3
Παχύσαρκος	18	48.6	19	51.4

- Συμπεριφορές υγείας * φύλο

πίνακας 19

Πρόσληψη πρωινού	Άνδρας		Γυναίκα	
	N	(%)	N	(%)
Ναι	52	44.8	45	53.6
Όχι	31	26.8	14	16.6
Μερικές φορές	33	28.4	25	29.8

πίνακας 20

Συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων/εβδομάδα	Άνδρας		Γυναίκα	
	N	(%)	N	(%)
Δημητριακά-Ψωμί				
0-1 φορά την εβδομάδα	7	6.0	7	8.3
2-3 φορές την εβδομάδα	29	25.0	19	22.6
4-5 φορές την εβδομάδα	35	30.2	25	29.8
Κάθε μέρα	45	38.8	33	39.3

πίνακας 21

Συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων/εβδομάδα	Άνδρας		Γυναίκα	
	N	(%)	N	(%)
Λαχανικά				
0-1 φορά την εβδομάδα	14	12.1	4	4.8
2-3 φορές την εβδομάδα	39	33.6	29	34.5
4-5 φορές την εβδομάδα	31	26.7	21	25.0
Κάθε μέρα	32	27.6	30	35.7

πίνακας 22

Συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων/εβδομάδα	Άνδρας		Γυναίκα	
	N	(%)	N	(%)
Φρούτα				
0-1 φορά την εβδομάδα	18	15.5	15	17.8
2-3 φορές την εβδομάδα	26	22.4	18	21.4
4-5 φορές την εβδομάδα	21	18.1	15	17.9
Κάθε μέρα	51	44.0	36	42.9

πίνακας 23

Συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων/εβδομάδα		Ανδρας		Γυναίκα	
Όσπρια		N	(%)	N	(%)
	0-1 φορά την εβδομάδα	56	48.3	42	50.0
	2-3 φορές την εβδομάδα	51	44.0	40	47.6
	4-5 φορές την εβδομάδα	9	7.7	2	2.4
	Κάθε μέρα	0	0.0	0	0.0

πίνακας 24

Συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων/εβδομάδα		Ανδρας		Γυναίκα	
Άσπρο κρέας		N	(%)	N	(%)
	0-1 φορά την εβδομάδα	53	45.7	39	46.4
	2-3 φορές την εβδομάδα	55	47.4	42	50.0
	4-5 φορές την εβδομάδα	8	6.9	2	2.4
	Κάθε μέρα	0	0.0	1	1.2

πίνακας 25

Συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων/εβδομάδα		Ανδρας		Γυναίκα	
Κόκκινο κρέας		N	(%)	N	(%)
	0-1 φορά την εβδομάδα	48	41.4	43	51.2
	2-3 φορές την εβδομάδα	53	45.7	33	39.3
	4-5 φορές την εβδομάδα	13	11.2	8	9.5
	Κάθε μέρα	2	1.7	0	0.0

πίνακας 26

Συχνότητα κατανάλωσης έτοιμου ή προπαρασκευασμένου φαγητού		Ανδρας		Γυναίκα	
		N	(%)	N	(%)
	Καθόλου	30	25.9	28	33.3
	1-2 φορές το μήνα	50	43.1	41	48.8
	1-2 φορές την εβδομάδα	25	21.5	13	15.5
	2-3 φορές την εβδομάδα	3	2.6	1	1.2
	3-4 φορές την εβδομάδα	6	5.2	0	0.0
	Σχεδόν καθημερινά	2	1.7	1	1.2

πίνακας 27

Παράγοντας που επηρεάζει την επιλογή στα τρόφιμα γενικότερα		Ανδρας		Γυναίκα	
		N	(%)	N	(%)
	Κατάσταση υγείας	42	36.2	24	28.6
	Θρεπτική αξία τροφίμων	29	25.0	35	41.7
	Εισόδημα	3	2.6	2	2.3
	Ωράριο εργασίας	22	19.0	15	17.9
	Κοινωνικός περίγυρος	8	6.9	3	3.5
	M.M.E.	1	0.8	0	0.0
	Άλλο	11	9.5	5	6.0

πίνακας 28

Καπνιστική συνήθεια		Ανδρας		Γυναίκα	
		N	(%)	N	(%)
	Ναι	36	31.0	24	28.6
	Όχι	80	69.0	60	71.4

πίνακας 29

Βαθμός τήρησης της απαγόρευσης του καπνίσματος στην εργασία		Ανδρας		Γυναίκα	
		N	(%)	N	(%)
	Απόλυτα	6	16.7	6	25.0
	Αρκετά	16	44.4	3	12.5
	Μέτρια	6	16.7	7	29.2
	Λίγο	6	16.7	3	12.5
	Καθόλου	2	5.5	5	20.8

πίνακας 30

Βαθμός ενόχλησης από το ότι δεν μπορούν να καπνίσουν στην εργασία		Ανδρας		Γυναίκα	
		N	(%)	N	(%)
	Πάρα πολύ	6	16.7	8	33.3
	Πολύ	9	25.0	6	25.0
	Μέτρια	6	16.7	2	8.3
	Λίγο	8	22.2	4	16.7
	Καθόλου	7	19.4	4	16.7

πίνακας 31

Παθητικό κάπνισμα στην εργασία	Ανδρας		Γυναίκα	
	N	(%)	N	(%)
Ναι	26	32.5	11	18.3
Όχι	54	67.5	49	81.7

πίνακας 32

Ποτήρια κατανάλωσης αλκοόλ/εβδομάδα	Φύλο	Μέση τιμή
Χαμηλής περιεκτικότητας	Ανδρας	4.1
	Γυναίκα	2.3
Υψηλής περιεκτικότητας	Ανδρας	2.7
	Γυναίκα	1.5

• Συμπεριφορές υγείας * Δείκτης Μάζας Σώματος

πίνακας 33

Πρόσληψη πρωινού	Φυσιολογικού βάρους		Υπέρβαρος		Παχύσαρκος	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Ναι	35	50.0	46	49.5	16	43.3
Όχι	13	18.6	21	22.5	11	29.7
Μερικές φορές	22	31.4	26	28.0	10	27.0

πίνακας 34

Συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων/εβδομάδα	Φυσιολογικού βάρους		Υπέρβαρος		Παχύσαρκος	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Δημητριακά-Ψωμί						
0-1 φορά την εβδομάδα	5	7.1	8	8.6	1	2.8
2-3 φορές την εβδομάδα	14	20.0	27	29.1	7	18.9
4-5 φορές την εβδομάδα	21	30.0	23	24.7	16	43.2
Κάθε μέρα	30	42.9	35	37.6	13	35.1

πίνακας 35

Συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων/εβδομάδα	Φυσιολογικού βάρους		Υπέρβαρος		Παχύσαρκος	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Λαχανικά						
0-1 φορά την εβδομάδα	4	5.8	11	11.7	3	8.2
2-3 φορές την εβδομάδα	26	37.1	30	32.3	12	32.4
4-5 φορές την εβδομάδα	18	25.7	22	23.7	12	32.4
Κάθε μέρα	22	31.4	30	32.3	10	27.0

πίνακας 36

Συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων/εβδομάδα	Φυσιολογικού βάρους		Υπέρβαρος		Παχύσαρκος	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Φρούτα						
0-1 φορά την εβδομάδα	13	18.5	18	19.3	2	5.4
2-3 φορές την εβδομάδα	10	14.3	26	28.0	8	21.6
4-5 φορές την εβδομάδα	17	24.3	13	14.0	6	16.2
Κάθε μέρα	30	42.9	36	38.7	21	56.8

πίνακας 37

Συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων/εβδομάδα	Φυσιολογικού βάρους		Υπέρβαρος		Παχύσαρκος	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Όσπρια						
0-1 φορά την εβδομάδα	35	50.0	46	49.5	17	45.9
2-3 φορές την εβδομάδα	32	45.7	42	45.2	17	45.9
4-5 φορές την εβδομάδα	3	4.3	5	5.3	3	8.2
Κάθε μέρα	0	0.0	0	0.0	0	0.0

πίνακας 38

Συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων/εβδομάδα	Φυσιολογικού βάρους		Υπέρβαρος		Παχύσαρκος	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Γαλακτοκομικά						
0-1 φορά την εβδομάδα	11	15.7	7	7.5	4	10.8
2-3 φορές την εβδομάδα	17	24.3	19	20.4	9	24.3
4-5 φορές την εβδομάδα	14	20.0	26	28.0	6	16.2
Κάθε μέρα	28	40.0	41	44.1	18	48.6

πίνακας 39

Συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων/εβδομάδα	Φυσιολογικού βάρους		Υπέρβαρος		Παχύσαρκος	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Άσπρο κρέας						
0-1 φορά την εβδομάδα	32	45.7	42	45.2	18	48.6
2-3 φορές την εβδομάδα	33	47.2	48	51.6	16	43.2
4-5 φορές την εβδομάδα	4	5.7	3	3.2	3	8.2
Κάθε μέρα	1	1.4	0	0.0	0	0.0

πίνακας 40

Συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων/εβδομάδα	Φυσιολογικού βάρους		Υπέρβαρος		Παχύσαρκος	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Κόκκινο κρέας						
0-1 φορά την εβδομάδα	33	47.2	41	44.1	17	45.9
2-3 φορές την εβδομάδα	32	45.7	39	41.9	15	40.6
4-5 φορές την εβδομάδα	5	7.1	11	11.8	5	13.5
Κάθε μέρα	0	0.0	2	2.2	0	0.0

πίνακας 41

Συχνότητα άσκησης	Φυσιολογικού βάρους		Υπέρβαρος		Παχύσαρκος	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Ποτέ	24	34.2	36	38.7	14	37.9
1-2 φορές την εβδομάδα	27	38.6	34	36.6	17	45.9
3-4 φορές την εβδομάδα	10	14.3	14	15.0	4	10.8
Καθημερινά	9	12.9	9	9.7	2	5.4

πίνακας 42

Είδος δραστηριότητας	Φυσιολογικού βάρους		Υπέρβαρος		Παχύσαρκος	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Ελαφριές φυσικές δραστηριότητες	17	24.3	22	23.7	15	40.5
Μέτριες φυσικές δραστηριότητες	18	25.7	22	23.6	4	10.8
Έντονες φυσικές δραστηριότητες	11	15.8	13	14.0	4	10.8
Τίποτα από τα παραπάνω	24	34.2	36	38.7	14	37.9

πίνακας 43

Καπνιστική συνήθεια	Φυσιολογικού βάρους		Υπέρβαρος		Παχύσαρκος	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Ναι	23	32.9	25	26.9	12	32.4
Όχι	47	67.1	68	73.1	25	67.6

πίνακας 44

Ποτήρια κατανάλωσης αλκοόλ/εβδομάδα	Δείκτης Μάζας Σώματος	Μέση τιμή
Χαμηλής περιεκτικότητας	Φυσιολογικού βάρους	3.9
	Υπέρβαρος	5.2
	Παχύσαρκος	2.8
Υψηλής περιεκτικότητας	Φυσιολογικού βάρους	2.0
	Υπέρβαρος	2.4
	Παχύσαρκος	2.6

Τα 10 μεγαλύτερα σφάλματα της διατροφής²⁵⁶

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας η οποία διεξήχθη ανάμεσα σε 25 επιστήμονες, φυσιολόγους διατροφής, γιατρούς, συμβούλους διαίτης και διατροφής, τα 10 μεγαλύτερα σφάλματα που κάνουμε στη διατροφή είναι τα παρακάτω :

1) Τρώμε πολύ: Η τροφή μας είναι πλούσια σε θερμίδες, πολύ περισσότερο το βράδυ, τα Σαββατοκύριακα, τις γιορτές. Δεν τρώμε σύμφωνα με τις ανάγκες μας και τρώμε περισσότερο από ότι καταναλώνουμε σε ενέργεια. Ζούμε χωρίς να καταβάλουμε μεγάλες σωματικές προσπάθειες, διατρεφόμεστε όμως σαν εργάτες που ασχολούνται με βαριές εργασίες. Πάνω από 10% των βρεφών και παιδιών και 30% περίπου των ενηλίκων έχουν βάρος μεγαλύτερο του κανονικού.

²⁵⁶ Μολ, Χ. (1979). 7 Προγράμματα για την υγεία σας. Αθήνα. NOTOS

Γενικά τρώμε 14% περισσότερο του κανονικού. Ενώ κατά μέσον όρο δεν θα έπρεπε να καταναλώνουμε περισσότερες από 2.660 θερμίδες, εμείς καταναλώνουμε 3.020 θερμίδες καθημερινά, 360 θερμίδες περισσότερες από το κανονικό. Οι επιστήμονες υπολόγισαν πως η καθημερινή επιπλέον κατανάλωση έστω και 90 θερμίδων μόνο, μπορεί σε 5 χρόνια να επιφέρει αύξηση του βάρους μας κατά 18 κιλά.

2) Τρώμε πολύ λιπαρά φαγητά: Τρώμε 65% περισσότερο λίπος από όσο πρέπει. Ενώ θα έπρεπε να καταναλώνουμε 80γρ. λίπος ημερησίως, τρώμε 132γρ. Αυτή η «λιποστιβάδα» απειλεί την υγεία μας.

3) Κάνουμε λανθασμένη εκλογή: Τρεφόμαστε πολύ μονόπλευρα, όχι με την επιβαλλόμενη πληρότητα. Οπότε έχουμε μια ποιοτικά λανθασμένη διατροφή. Δεν τρώμε αρκετές βιταμίνες, φρούτα, λαχανικά, ωμές τροφές, γάλα, ψάρι, πατάτες και προϊόντα σιτηρών. Τρώμε περισσότερο, ψωμί πολυτελείας, γλυκίσματα και πάστες, από όσο επιτρέπεται. Δεν τρώμε αρκετά νωπά τρόφιμα, αλλά περισσότερες κονσέρβες, κατεψυγμένα και έτοιμα φαγητά.

4) Πίνουμε περισσότερο από ότι επιτρέπεται οινοπνευματώδη και ζαχαρούχα ποτά. Περίπου το 8% των θερμίδων που καταναλώνουμε, καλύπτονται στους ενήλικες με οινοπνευματώδη. Η ποσότητα αυτή αντιστοιχεί ετησίως στις ανάγκες σε θερμίδες ενός μηνός. Κάθε ενήλικος άνω των 15 ετών πίνει κατά μέσον όρο 330 θερμίδες ημερησίως.

5) Τρώμε λανθασμένα, ακανόνιστα, πολύ βιαστικά, πολύ ανεξέλεγκτα και κακώς καταναμεμένα. Αντί για 5 μικρά γεύματα παίρνουμε 3 μεγάλα γεύματα, συνήθως σε πολύ μεγάλες μερίδες, σε πολύ μαλακή μορφή και συχνά πολύ αργά.

6) Τρώμε πολλά γλυκά: Η αναλογία της τροφής μας σε μαρμελάδες και παρόμοια ζαχαρώδη προϊόντα είναι γενικά πολύ μεγάλη.

7) Δεν μαγειρεύουμε σωστά: Εναποθηκεύουμε λανθασμένα με ξεπερασμένες μεθόδους και πολύ αλατισμένα, με τρόπο πολύ παραδοσιακό.

8) Τσιμπολογούμε πολύ: Ιδιαίτερα τις ώρες που παρακολουθούμε τηλεόραση έχει γίνει αγαπημένη συνήθεια το επιπλέον φαγητό και η κατανάλωση σνακς.

9) Οι γνώσεις μας είναι ανεπαρκείς: Ναι μεν το 34% δεν μαγειρεύει έτσι όπως συνήθιζε στο πατρικό του σπίτι, αλλά όμως δεν είναι αρκετά κατατοπισμένοι για τις απαιτούμενες θερμίδες, την περιεκτικότητα και τις απαιτήσεις μιας πλήρους διατροφής.

10) Δεν τρώμε σύμφωνα με την ηλικία μας: Κάθε τέταρτο παιδί μεταξύ 6 και 10 ετών υπερσιτίζεται, διότι προσλαμβάνει 5-15% περισσότερες θερμίδες, από όσες του χρειάζονται. Οι ηλικιωμένοι δεν προσαρμόζονται αρκετά στις μεταβαλλόμενες απαιτήσεις. Συχνά, υποσιτίζονται ποιοτικά, υπερσιτίζονται όμως με θερμίδες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Σαρρής, Μ. (2001). *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*. Αθήνα : ΠΑΠΑΖΗΣΗ.
- Nettleton, S. (2002). *Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας*, Βακάκη, Α., Αθήνα : ΤΥΠΩΘΗΤΩ - ΓΙΩΡΓΟΣ ΔΑΡΔΑΝΟΣ.
- Καραδήμας, Ε. (2005). *Ψυχολογία της υγείας. Θεωρία και κλινική πράξη*. Αθήνα : ΤΥΠΩΘΗΤΩ - ΓΙΩΡΓΟΣ ΔΑΡΔΑΝΟΣ.
- Δετοράκης, Ι. (2003). *Βασικές Αρχές της Υγιεινής*. Αθήνα : ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.
- Κατσουγιαννόπουλος, Β. (1993). *Εγχειρίδιο Υγιεινής*. Θεσσαλονίκη : ΑΔΕΛΦΩΝ ΚΥΡΙΑΚΙΔΗ Α.Ε.
- Παπανικολάου, Γ. (1983). *Επιστημονική Διατροφή για Αθλούμενους και Αθλητές*. Αθήνα : ΣΙΚΥΩΝ.
- Ζαμπέλας, Α. (2003). *Η διατροφή στα στάδια της ζωής*. Αθήνα : Πασχαλίδης.
- Αμερικάνου, Μ., Καρμίρη, Β., Παπακώστα, Χ. (2003). *Στοιχεία ειδικής διατροφής*. Αθήνα : ΒΗΤΑ.
- Μολ, Χ. (1979). *7 Προγράμματα για την υγεία σας*. Αθήνα. ΝΟΤΟΣ.
- Ποταμιανός, Γ. (χ.χ.). *Νόμιμες ουσίες εξάρτησης – Αλκοόλ*. Αθήνα : ΠΑΠΑΖΗΣΗ.
- Jaffe, J., Peterson, R., Hodgson, R. (χ.χ.). *Ο Κύκλος της ζωής – Ναρκωτικά – Τσιγάρο – Αλκοόλ – Προβλήματα και απαντήσεις*, Μαράτου, Ο., Σόλμαν, Μ., Αθήνα : ΨΥΧΟΓΙΟΣ.

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

- Vita, (2003). *Καθημερινός οδηγός Μεσογειακής διατροφής*. Έκδοση του περιοδικού VITA.
- Δάλλα, Α. (2004). *Το Βιβλίο της Μακροζωίας – Καθημερινός Πρακτικός Οδηγός*. Ειδική Έκδοση του Περιοδικού VITA.

ΑΡΘΡΑ

A) ΕΛΛΗΝΙΚΑ

- Ελληνική Εταιρία Προαγωγής και Αγωγής της Υγείας (24/11/04). «*Εθιστικές ουσίες -Αλκοόλ*». www.iatronet.gr
- Αλεξανδρή, Δ. (14/10/10). «*Γιατί χρειάζεται τελικά να κάνουμε σωστή διατροφή και ποιά είναι αυτή*». www.diatrofi.gr
- Τούντας, Γ.Κ. (10/02/07). «*Οι ιστορικές – κοινωνικές διαστάσεις της διατροφής και οι επιπτώσεις της στην υγεία*». <http://panacea.med.uoa.gr/>
- Δελβινιώτη, Ε. (28/03/10). «*Επεξεργασμένα τρόφιμα : Σύμμαχος ή εχθρός;*». www.mednutrition.gr
- Κιόκας, Σ. (30/10/06). «*Πώς αντιλαμβάνονται οι Ευρωπαίοι την επικινδυνότητα των τροφίμων*». <http://www.e-kyklades.gr/articles/article.jsp?context=103&categoryid=1002&articleid=3664>

- Ίδρυμα «Αριστείδης Δασκαλόπουλος» (2006). «Πανελλήνια Ποσοτική Έρευνα Διατροφικών Συνηθειών 2006». <http://www.iad.gr/ver2/site/content.php?artid=225>
- Γενική Γραμματεία Καταναλωτή (2007). «Διατροφικές στάσεις, αντιλήψεις και συνήθειες των Ελλήνων πολιτών». <http://www.publicissue.gr/492/diatrofi-2007/>
- Παπαχρήστος, Π., Κούτσικας, Κ. (χ.χ.). «Ο σύγχρονος τρόπος ζωής και διατροφής». http://www.dietologoi.gr/index.php?id=75&option=com_content&task=view
- Λαζαρίδης, Χ., Καταναλωτικά Βήματα. Τεύχος Νοεμβρίου – Δεκεμβρίου 2001. http://kepka.org/index.php?option=com_content&task=view&id=730&Itemid=57
- Ιωάννου, Ε. (17/12/08). «Οι μεσογειακοί λαοί εγκαταλείπουν την παραδοσιακή διατροφή». www.iatronet.gr
- Δημακόπουλος, Γ. (12/11/10). «Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) ή BMI: Αποκωδικοποίηση!». www.iatronet.gr
- Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών (2007). «Η Υγεία του Ελληνικού Πληθυσμού». www.neahygeia.gr
- Καπόλη, Γ. (χ.χ.). «Κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές επιλογές». www.logodiatrofis.gr
- Τσουλέα, Ρ. (01/10/09). «Μόνα στο σπίτι... και υπέρβαρα». ΤΑ ΝΕΑ. <http://ygeia.tanea.gr/>
- Παπαλαζάρου, Α. (2008). «Η διατροφή του εργαζόμενου». www.nutrimed.gr
- Παπαλαζάρου, Α. (2008). «Έτοιμο φαγητό και παχυσαρκία». www.iatronet.gr
- Κέντρο Προστασίας Καταναλωτών (ΚΕ.Π.ΚΑ.) (2006). «Οι διατροφικές συνήθειες των Ελλήνων καταναλωτών». <http://kepka.org/>
- Παπαδημητρίου, Μ., Γιαννοπούλου, Β., Καραγιαννοπούλου, Α. (2002). «Οι Επιπτώσεις του Επαγγέλματος στη Διατροφή του Νοσηλευτικού Προσωπικού». ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ 41(3), 329-336. <http://iatrotek.org>
- Δάλλα, Α. (01/04/05). «8.000 βήματα για να ζήσουμε περισσότερο (και καλύτερα)». www.vita.gr
- Εφημερίδα «ΤΟ ΒΗΜΑ» (02/11/10). «Η σωματική άσκηση προστατεύει από κρολογήματα».
- Ψωμιάδου, Ε. (29/11/07). «Τρόπος ζωής η άσκηση, με 10 βήματα». www.iatronet.gr
- Μπολάκη, Μ. (χ.χ.). «Η Άθληση και τα Πλεονεκτήματά της». <http://users.forthnet.gr/>
- Τούντας, Γ.Κ. (10/02/07). «Φυσική Άσκηση και Υγεία». <http://panacea.med.uoa.gr/>
- Νέτα, Σ. (13/05/08). «Η καθιστική ζωή παχαίνει τους Έλληνες». www.iatronet.gr
- Εφημερίδα «ΤΟ ΒΗΜΑ» (14/02/10). «Ευρωπαίους τα κάνουν όλα και...συμφέρουν!».
- Σταυρόπουλος, Λ. (04/01/11). «Κίνδυνοι από την καθιστική εργασία». www.iatronet.gr
- Μόρτογλου, Α. (2010). «Η μείωση του ενεργειακού κόστους των καθημερινών σωματικών δραστηριοτήτων ως αίτιο παχυσαρκίας». www.eiep.gr

- Εφημερίδα «ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ» (20/03/09). «Η σωματική άσκηση “χαρίζει” δύο χρόνια ζωής στους μεσήλικες».
- Χατζημηνάς, Ι. (22/12/04). «Αθλητική δραστηριότητα και διατροφή». www.iatronet.gr
- Ντζέιμ, Τ. (23/10/10). «Γρήγορο φαγητό και delivery». www.diatrofi.gr
- Σταματάκη, Α. (01/07/09). «Fast Food Διατροφή ή Fast Food Συμπεριφορά». www.mednutrition.gr
- Καραγιάννης, Ν. (13/07/03). «Αλκοόλ - ο ‘σιωπηλός δολοφόνος’». ΤΟ ΒΗΜΑ.
- Καρακώστα, Ν. (04/02/09). «Τα καλά και τα κακά νέα για το αλκοόλ. Κάποιοι επιστήμονες συστήνουν την τακτική κατανάλωσή του κι άλλοι αποθαρρύνουν τη χρήση και την κατάχρησή του». www.mednutrition.gr
- Σταματάκη, Α. (23/02/09). «Αλκοόλ και Διαβήτη». www.mednutrition.gr
- Φοντόρ, Χ. (17/01/09). «Η Μεσογειακή μας Διατροφή». www.mednutrition.gr
- Τούντας, Γ. Κ. (10/02/09). «Κάπνισμα και υγεία». www.healthierworld.gr
- Ζαχαράκης, Κ. (2007). «Η εξάρτηση από την νικοτίνη και η θεραπεία της». www.hygeia.gr
- Μπισιρτζόγλου, Δ. (02/09/10). «Τα οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος». www.diatrofi.gr
- Διαμαντόπουλος, Θ. (2007). «Το κάπνισμα στην Ελλάδα». ΤΟ ΕΘΝΟΣ.
- Μωυσίδης, Ι. (2007). «Κάπνισμα στην παιδική και εφηβική ηλικία». www.hygeia.gr
- Δεβετζόγλου, Γ. (26/01/10). «Το τσιγάρο σκοτώνει 14.500 άτομα την ημέρα». ΤΑ ΝΕΑ. <http://ygeia.tanea.gr/>
- Σπαντιδέας, Α. (07/04/03). «Πόσο επικίνδυνο είναι το κάπνισμα». www.iatronet.gr
- Εφημερίδα «ΤΟ ΒΗΜΑ» (27/05/10). «Ευρωβαρόμετρο – ‘Πρώτοι’ οι Έλληνες στην κατανάλωση προϊόντων καπνού».
- Ραχιώτης, Γ., Μπεχράκης, Π.Κ. (2005). «Εργασία και κάπνισμα». www.pneumon.org
- Εφημερίδα «ΤΟ ΕΘΝΟΣ» (28/09/10). «Δυσκολεύεται να κόψει το κάπνισμα η Ελλάδα».
- Τούντας, Γ. (2009) «Τα νέα αντικαπνιστικά μέτρα (2009)». www.neaygeia.gr
- Ελληνική Παιδιατρική Εταιρεία (16/03/09). «Παιδί και κάπνισμα». www.healthview.gr
- Τούντας, Γ. (2009). «Τριτογενές κάπνισμα». www.neahygeia.gr
- Κατσαρόλη, Ι. (22/06/09). «Τσιγάρο και σωματικό βάρος : αλήθεια ή μύθος;». www.mednutrition.gr
- Πανοτόπουλος, Γ. (χ.χ.) «Κάπνισμα και σωματικό βάρος». www.hygeia.gr
- Εφημερίδα «ΠΡΩΤΟ ΘΕΜΑ» (21/01/11). «Απαγόρευση Καπνίσματος : Νέα εγκύκλιος από το Υπουργείο Υγείας». <http://www.i-live.gr>
- Τσουλέα, Ρ. (20/10/10). «Γιατί οι άντρες γίνονται συχνότερα αλκοολικοί». ΤΑ ΝΕΑ. <http://ygeia.tanea.gr/>
- Νομικού, Χ. (15/07/10). «Αλκοολισμός : Γιατί οι γυναίκες πίνουν». <http://www.healthview.gr>
- Δεβετζόγλου, Γ. (06/04/10). «‘Γερά ποτήρια’ οι μορφωμένες γυναίκες». ΤΑ ΝΕΑ. <http://ygeia.tanea.gr/>

- Μακρή, Ι. (2010). «Ψυχολογικές παρεμβάσεις στη διακοπή του καπνίσματος». www.hygeia.gr
- Καρατζάς, Ν. (2007). «Η ιστορία της απόδειξης της σχέσης του καρκίνου του πνεύμονα με το κάπνισμα». www.hygeia.gr
- Πολιτιστικός Σύλλογος Νεροκούρου (2011). «Κάπνισμα ο μεγαλύτερος εχθρός». www.e-nerokourou.gr
- Τσουλέα, Ρ. (27/08/09). «100 εκατομμύρια τα θύματα του τσιγάρου». ΤΑ ΝΕΑ. <http://ygeia.tanea.gr>
- Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2008). «Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα 2008-2012». www.yyka.gov.gr

B) ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΑ

- The European Food Information Council (2009). "Guidelines for physical activity". www.eufic.org
- The European Food Information Council (2005). "The Determinants of Food Choice". www.eufic.org
- The European Food Information Council (2004). "Why do we eat what we eat : Food choice a complex behavior". www.eufic.org
- Lennernäs, M., Fjellström, C., Becker, W., Giachetti, I., Schmitt, A., Remaut de Winter, A., Kearney, M. (1997). "Influences on food choice perceived to be important by nationally-representative samples of adults in the European Union". 51 Suppl 2:S8-15. www.pubmed.com
- Jabs, J., Devine, C.M. (2006). "Time scarcity and food choices : an overview". 47(2):196-204. www.pubmed.com
- Obesity the Policy Challenges - The Report of The National Taskforce On Obesity, Ireland 2005. http://www.dohc.ie/publications/pdf/report_taskforce_on_obesity.pdf
- Green, A. (2010). "Five eating habits cause harms on office workers". <http://health.ezinemark.com/five-eating-habits-cause-harms-on-office-workers-1710f1cfb79.html>
- Ipsos Mori (2007). " 'Survey of Office Workers' Eating Habits for BaxterStorey Reveals a Gaping Hole in the Nation's Appetite, Leading to Almost GBP17bn in Lost Productivity, Equivalent to Nearly 97m Lost Working Days a Year" . <http://www.prnewswire.co.uk/cgi/news/release?id=213481>
- Koleva, M., Kadiiska, A., Markovska, V., Nacheva, A., Boev, M. (2000). "Nutrition, nutritional behavior, and obesity". 8(1):10-3. www.pubmed.com
- Ratner, R., Sabal, J., Hernández, P., Romero, D., Atalah, E. (2008). "Nutritional status and lifestyles of workers from two regions in Chile". 136(11):1406-14. www.pubmed.com
- Devine, C.M., Connors, M.M., Sobal, J., Bisogni, C.A. (2003). "Sandwiching it in: spillover of work onto food choices and family roles in low -and moderate- income urban households". 56(3):617-30. www.pubmed.com. ΠΗΓΗ : Καπίρη Ελπινίκη.

- Lallukka, T., Laaksonen, M., Rahkonen, O., Roos, E., Lahelma, E. (2007). *"Multiple socio-economic circumstances and healthy food habits"*. 61(6):701-10. www.pubmed.com. ΠΗΓΗ : Καπύρη Ελπινύκη.
- Devine, C.M., Farrell, T.J., Blake, C.E., Jastran, M., Wethington, E., Bisogni, C.A. (2009). *"Work conditions and the food choice coping strategies of employed parents"*. 41(5):365-70. www.pubmed.com. ΠΗΓΗ : Καπύρη Ελπινύκη.
- The European Food Information Council (1998). *"Healthy eating can be a positive experience"*. www.eufic.org
- Lawrence, W., Barker, M. (2009). *"A review of factors affecting the food choices of disadvantaged women"*. 68(2):189-94. www.pubmed.com. ΠΗΓΗ : Καπύρη Ελπινύκη.
- Roos, E., Lahelma, E., Virtanen, M., Prättälä, R., Pietinen, P. (1998). *"Gender, socioeconomic status and family status as determinants of food behaviour"*. 46(12):1519-29. www.pubmed.com. ΠΗΓΗ : Καπύρη Ελπινύκη.
- Wickrama, K., Conger, R.D., Lorenz, F.O. (1995). *"Work, marriage, lifestyle, and changes in men's physical health"*. 18(2):97-111. www.pubmed.com. ΠΗΓΗ : Καπύρη Ελπινύκη.
- Lessard, J., Greenberger, E., Chen, C. (2010). *"Adolescents response to parental efforts to influence eating habits : when parental warmth matters"*. 39(1):73-83. www.pubmed.com. ΠΗΓΗ : Καπύρη Ελπινύκη.
- Lazarou, C., Kalavana, T., Matalas, A.L. (2008). *"The influence of parents dietary beliefs and behaviours on children's dietary beliefs and behaviours"*. 51(3):690-6. www.pubmed.com. ΠΗΓΗ : Καπύρη Ελπινύκη.
- Panagiotakos, D.B., Pitsavos, C., Chrysohoou, C., Vlismas, K., Skoumas, Y., Palliou, K., Stefanadis, C. (2008). *"Dietary habits mediate the relationship between socio-economic status and CVD factors among healthy adults: the ATTICA study"*. 11(12):1342-9. www.pubmed.com. ΠΗΓΗ : Καπύρη Ελπινύκη.
- Stringhini, S., Sabia, S., Shipley, M., Brunner, E., Nabi, H., Kivimaki, M., Singh-Manoux, A. (2010). *"Association of socioeconomic position with health behaviors and mortality"*. 303(12):1159-66. www.pubmed.com. ΠΗΓΗ : Καπύρη Ελπινύκη.
- GPOW; Guidelines for the Prevention of Obesity at the Workplace. <http://www.gpow.eu>. ΠΗΓΗ : Καπύρη Ελπινύκη.
- Blanck, H.M., Yaroch, A.L., Atienza, A.A., Yi, S.L., Zhang, J., Mâsse, L.C. (2009). *"Factors influencing lunchtime food choices among working Americans"*. 36(2):289-301. www.pubmed.com
- Hellerstedt, W.L., Jeffery, R.W. (1997). *"The association of job strain and health behaviours in men and women"*. 26(3):575-83. www.pubmed.com. ΠΗΓΗ : Καπύρη Ελπινύκη.

- Kouvonen, A., Kivimäki, M., Väänänen, A., Heponiemi, T., Elovainio, M., Ala-Mursula, L., Virtanen, M., Pentti, J., Linna, A., Vahtera, J. (2007). "*Job strain and adverse health behaviors : the Finnish Public Sector Study*". 49(1):68-74. www.pubmed.com. ΠΗΓΗ : Καπύρη Ελληνική.
- Cheng, Y., Kawachi, I., Coakley, E.H., Schwartz, J., Colditz, G. (2000). "*Association between psychosocial work characteristics and health functioning in American women : prospective study*". 320(7247):1432-6. www.pubmed.com. ΠΗΓΗ : Καπύρη Ελληνική.
- Nakagawa, K., Ishitake, T., Iwamoto, J., Suenaga, T., Mori, C., Matoba, T., Takaki, M., Hara, H. (1993). "*Difference in perceived health between blue -and white- collar workers of a manufacturing factory by a self-administered questionnaire*". 35(3):188-97. www.pubmed.com. ΠΗΓΗ : Καπύρη Ελληνική.
- The European Food Information Council (2006). "*The Benefits of physical activity*". www.eufic.org
- The European Food Information Council (2006). "*Physical activity*". www.eufic.org
- The European Food Information Council (1998). "*Physical activity – walk to a better life*". www.eufic.org
- The European Food Information Council (2008). "*Food, physical activity and cancer - a review of existing studies*". www.eufic.org
- World Health Organization (χ.χ.). "*Physical activity - 10 key facts on physical activity in the WHO European Region*". www.euro.who.int
- World Health Organization (2007). "*Steps to health : A European framework to promote physical activity for health*". www.euro.who.int
- Jans, M.P., Proper, K.I., Hildebrandt, V.H. (2007). "*Sedentary behavior in Dutch workers : differences between occupations and business sectors*". 33(6):450-4. www.pubmed.com
- International Journal of Obesity (2005). "*Psychosocial working conditions and weight gain among employees*". www.nature.com
- Silva, S.G., Silva, M.C., Nahas, M.V., Viana, S.L. (2011). "*Variables associated with leisure-time physical inactivity and main barriers to exercise among industrial workers in Southern Brazil*". 27(2):249-259. www.pubmed.com
- Artazcoz, L., Cortès, I., Escribà-Agüir, V., Cascant, L., Villegas, R. (2009). "*Understanding the relationship of long working hours with health status and health-related behaviours*". 63(7):521-7. www.pubmed.com
- Burton, N.W., Turrell, G. (2000). "*Occupation, hours worked, and leisure-time physical activity*". 31(6):673-81. www.pubmed.com
- Seiluri, T., Lahti, J., Rahkonen, O., Lahelma, E., Lallukka, T. (2011). "*Changes in occupational class differences in leisure-time physical activity: a follow-up study*". 8:14. www.pubmed.com

- Salmon, J., Owen, N., Bauman, A., Schmitz, M.K., Booth, M. (2000). *"Leisure-time, occupational, and household physical activity among professional, skilled, and less-skilled workers and homemakers"*. 30(3):191-9. www.pubmed.com
- Caban-Martinez, A.J., Lee, D.J., Fleming, L.E., LeBlanc, W.G., Arheart, K.L., Chung-Bridges, K., Christ, S.L., McCollister, K.E., Pitman, T. (2007). *"Leisure-time physical activity levels of the US workforce"*. 44(5):432-6. www.pubmed.com
- Dixon, M. A. (2009). *"From Their Perspective: A Qualitative Examination of Physical Activity and Sport Programming for Working mothers"*. www.sciencedirect.com
- Im, E.O., Lee, B., Hwang, H., Yoo, K.H., Chee, W., Stuijbergen, A., Walker, L., Brown, A., McPeck, C., Miro, M., Chee, E. (2010). *" 'A waste of time' : Hispanic women's attitudes toward physical activity"*. 50(6):563-79. www.pubmed.com
- Allman-Farinelli, M.A., Chey, T., Merom, D., Bauman, A.E. (2010). *"Occupational risk of overweight and obesity: an analysis of the Australian Health Survey"*. 16;5:14. www.pubmed.com
- Zhao, I., Bogossian, F., Song, S., Turner, C. (2011). *"The association between shift work and unhealthy weight: a cross-sectional analysis from the Nurses and Midwives' e-cohort Study"*. 53(2):153-8. www.pubmed.com
- Croce, N., Bracci, M., Ceccarelli, G., Barbadoro, P., Prospero, E., Santarellia, L. (2007). *"Body mass index in shift workers: relation to diet and physical activity"*. 29(3 Suppl):488-9. www.pubmed.com
- Dishman, R., Dejoy, D., Wilson, M., Vandenberg, R. (2009). *"Move to Improve A Randomized Workplace Trial to Increase Physical Activity"*. American Journal of Preventive Medicine, 36 (2), 133-141 DOI: [10.1016/j.amepre.2008.09.038](https://doi.org/10.1016/j.amepre.2008.09.038)
- European Society of Cardiology (2008). *"The Geneva stair study: Stair instead of elevator use at work - Cardiovascular preventive effects on healthy employees"*. www.escardio.org
- Sieri, S., Krogh, V., Saieva, C., Grobbee, D.E., Bergmann, M., Rohrmann, S., Tjønneland, A., Ferrari, P., Chloptsios, Y., Dilis, V., Jenab, M., Linseisen, J., Wallström, P., Johansson, I., Chirlaque, M.D., Sanchez, M.J., Niravong, M., Clavel-Chapelon, F., Welch, A.A., Allen, N.E., Bueno-de-Mesquita, H.B., van der Schouw, Y.T., Sacerdote, C., Panico, S., Parr, C.L., Braaten, T., Olsen, A., Jensen, M.K., Bingham, S., Riboli, E., Slimani, N. (2009). *"Alcohol consumption patterns, diet and body weight in 10 European countries"*. 63 Suppl 4:S81-100. www.pubmed.com
- Delpo, A. (χ.χ.). *"Smoking in the Workplace"*. <http://www.nolo.com/legal-encyclopedia/article-29755.html>
- The Chartered Institute of Personnel and Development (2008). *"Health, Safety and Well-being - Smoking at work"*. <http://www.cipd.co.uk/subjects/health/general/smokg.htm>

- Ribeiro, S.A., Pérez, D., Jardim, J.R. (1999). "Attitude toward smoking among smoking and non-smoking officials of the Federal University of Sao Paulo, Brazil: comparative analysis of smokers and non-smokers". 35(8):385-9. www.pubmed.com
- Kumar, A., Mohan, U., Jain, V.C. (1996). "Academicians' attitudes and beliefs towards anti-smoking measures". 110(4):241-6. www.pubmed.com
- Launay, M., Le Faou, A.L., Sevilla-Dedieu, C., Pitrou, I., Gilbert, F., Kovess-Masféty, V. (2010). "Prevalence of tobacco smoking in teachers following anti-smoking policies: results from two French surveys (1999 and 2005)". 20(2):151-6. www.pubmed.com
- The European Food Information Council (2010). "Motivating change: Tips for health care professionals". www.eufic.org

ΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ

- Πτυχιακή Εργασία : Ευγενίου, Σ., Παρδάλου, Τ., Φανάρη, Μ. (2008). *Οι διατροφικές συνήθειες και άλλες συμπεριφορές υγείας των φοιτητών σε Ελλάδα και Κύπρο*. ΤΕΙ Κρήτης.
- Πτυχιακή Μελέτη : Παπαγγέλου, Α., Φραγκίσκου, Ε. (2008). *Μετάφραση, στάθμιση, εφαρμογή και ανάλυση ενός διεθνούς «εργαλείου» καταγραφής της αντίληψης για την υγιεινή διατροφή σε ελληνικό πληθυσμό : Το ερωτηματολόγιο DHKS (Diet health and knowledge survey)*. ΤΕΙ Κρήτης – Παράρτημα Σητείας.
- Πτυχιακή Εργασία : Καπίρη, Ε. (χ.χ.). *Παράγοντες που επιδρούν στην επιλογή τροφής και τις γευματικές συνήθειες στο χώρο εργασίας*. Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο.
- Πτυχιακή Εργασία : Μακρή, Μ., Σπυροπούλου, Ε. (2005-2006). *Η προαγωγή υγείας από εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης στους μαθητές σε Καλαμάτα – Ρόδο*. ΤΕΙ Κρήτης.
- Πτυχιακή εργασία : Μπομπολάκη, Δ., Σταματελοπούλου, Α. (2004). *Νοσηλευτική και υγιεινός τρόπος ζωής : Μια ολέθρια σχέση*. ΤΕΙ Κρήτης

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ

- Μεταπτυχιακή Εργασία : Αρβανίτη, Φ. (2005). *Διατροφικές συνήθειες και η σχέση τους με τα κοινωνικο – δημογραφικά χαρακτηριστικά, σε τυχαία επιλεγμένο δείγμα του ελληνικού πληθυσμού*. Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο.
- Μεταπτυχιακή Εργασία : Γιαννοπούλου, Ε. (2005). *Συνήθειες υγείας και στάσεις των καθηγητών μέσης εκπαίδευσης σε θέματα αγωγής υγείας*. Πανεπιστήμιο Κρήτης.

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

- Διδακτορική Διατριβή : Βαστάρδη, Μ. (2007-2008). *Καταγραφή και αξιολόγηση γνώσεων, αντιλήψεων και συμπεριφορών σε θέματα διατροφής και υγείας σε εκπαιδευτικούς (προσωπικό) δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης*. Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

- <ftp://filer.soc.uoc.gr/Psycho/Manola/.../scm%202%2001.03.08.ppt> (01/03/08). «Κοινωνιογνωστικά Μοντέλα Πρόβλεψης Συμπεριφορών Υγείας (ΨΥΧ-358)», Συνάντηση 2^η.
- www.definitionofwellness.com (χ.χ.) "Definition of health behavior".
- www.bestrong.org.gr (24/08/10). «Η ιστορία του αλκοόλ».
- www.sciencedaily.com (09/01/08). "Four Health Behaviors Can Add 14 Extra Years Of Life".
- www.bestrong.org.gr (22/08/10). «Η διατροφή στην Ελλάδα»
- <http://health.in.gr/> (29/10/10). «Ιστορίες παχυσαρκίας : Όταν οι Κρητικοί εγκατέλειψαν την παραδοσιακή διατροφή».
- www.myworld.gr (χ.χ.). «Οι ανθυγιεινές συνήθειες των Ελλήνων».
- www.in2life.gr (29/03/10). «Junk food : Ο εθιστικός υπαίτιος της παχυσαρκίας». Reuters.com
- http://fysei.blogspot.com/2008/10/blog-post_24.html (24/10/08). «Έλληνες και Διατροφή». Paxysarkia.gr
- www.healthgeneration.com (χ.χ.). "Nutrition in the workplace".
- www.newleafsearch.com (2010). "A third of workers eat evening meals at their desk".
- www.healthview.gr (16/03/09). «Σωματική Δραστηριότητα».
- www.ygeiaonline.gr (χ.χ.). «Οι Έλληνες αθλούνται λιγότερο στην Ευρώπη». ΑΠΕ-ΜΠΕ.
- www.tvxs.gr (07/03/11). «Κουρασμένοι δηλώνουν οι Έλληνες».
- www.betterhealth.vic.gov.au (χ.χ.). "Physical activity – women".
- www.psychologyonline.gr (χ.χ.). "Physically Active in Business".
- <http://health.in.gr/> (03/05/10). «Σωστή διατροφή και άσκηση για την αποτροπή του 30-40% των καρκίνων». ΑΠΕ-ΜΠΕ.
- www.bestrong.org.gr (24/08/10). «Αλκοόλ και υγεία».
- www.bestrong.org.gr (31/07/09). «Αλκοόλ και καρκίνος».
- www.bestrong.org.gr (24/08/10). «Στατιστικά για το αλκοόλ».
- www.madata.gr (22/08/10). «‘Όμηροι’ του αλκοόλ και του τζόγου».
- www.medlook.net (06/12/05). «Πόσο αλκοόλ πρέπει να πίνουμε για να μην παχαίνουμε;».
- www.livit.gr (2009). «Οι κακοπληρωμένες γυναίκες τα τσούζουν».
- www.bestrong.org.gr (23/08/10). «Καπνός και εξάρτηση».

- www.vita.gr (04/11/08). «Πνεύμονες ζωής».
- www.bestrong.org.gr (23/08/10). «Στατιστικά για το κάπνισμα».
- www.bestrong.org.gr (χ.χ.). «Κάπνισμα και υγεία».
- www.cyprus.gov (04/12/07). «Χαιρετισμός του Υπουργού Υγείας κ. Κώστα Καδή στη συνέντευξη Τύπου για την έρευνα “Η ψυχοκοινωνική σχέση άθλησης και καπνίσματος ανάμεσα σε έφηβους και νεαρούς ενήλικες στην Κύπρο”».
- www.capital.gr (24/11/08). «Το κάπνισμα στους χώρους εργασίας».
- www.medlook.net (21/04/03). «Πόσους εργαζόμενους σκοτώνει κάθε χρόνο το παθητικό κάπνισμα».
- www.eumedline.eu (2010). «Εντείνονται οι έλεγχοι για το κάπνισμα».
- www.bestrong.org.gr (23/08/10). «Τι είναι το παθητικό κάπνισμα».
- www.iatronet.gr (17/05/10). «Τρεις θλιβερές “πρωτιές” καταγράφει η Ελλάδα για το κάπνισμα».
- www.bestrong.org.gr (23/08/10). «Επιπτώσεις στην υγεία του παθητικού καπνίσματος».
- www.iatronet.gr (10/12/09). «Π.Ο.Υ.: Το κάπνισμα σκοτώνει 5 εκ. ανθρώπους το χρόνο».
- www.bestrong.org.gr (23/08/10). «Συνδεδεμένες συνήθειες με το κάπνισμα».
- <http://kgrek.blogspot.com> (31/08/10). «Καλημέρα Ελλάδα - Καλημέρα Κόσμε : Ο Νέος νόμος και η ΚΥΑ για την απαγόρευση του καπνίσματος».
- www.diatrofi.gr (03/05/10). «Τα “τσούζουν” οι Έλληνες». ΑΠΕ-ΜΠΕ.
- <http://lykeio5ioanninon.tripod.com> (χ.χ.). «Κάπνισμα – Υγεία».